



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

**Ação de Enfermagem na díade: Doente idoso com
delirium na UCI e família**

Maria do Céu Ferreira

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

**Ação de Enfermagem na díade: Doente idoso com
delirium na UCI e família**

Maria do Céu Ferreira

Prof^a Doutora Graça Melo

2013

RESUMO

O *delirium* é uma manifestação de uma disfunção cerebral aguda frequente nos idosos internados nas Unidades de Cuidados Intensivos. Está definido no DSM-IV-TR como uma perturbação da consciência, atenção e percepção que se desenvolve num curto espaço de tempo, podendo apresentar flutuações ao longo do dia.

O *delirium* tem ganho notoriedade nos últimos anos devido ao aumento da população idosa internada na UCI e à crescente tomada de consciência dos médicos e enfermeiros relativamente aos seus efeitos adversos que incluem: aumento do tempo de internamento na UCI e hospitalar, aumento da mortalidade e da morbilidade, declínio funcional e cognitivo, institucionalização e aumento de custos associados. A acrescentar, o facto de as suas manifestações serem extremamente perturbadoras para o doente, família e equipa de saúde.

Os enfermeiros detêm um papel essencial na prevenção, identificação precoce e implementação de cuidados baseados na melhor evidência, de modo a limitar os efeitos do *delirium*, que muitas vezes se estendem ao período após a alta hospitalar.

Efectuei um projeto com a finalidade de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa com *delirium* e sua família, numa UCI de Neurocríticos.

O envolvimento da equipa multidisciplinar na implementação de um instrumento de avaliação do *delirium* sensível e específico, bem como a uniformização dos cuidados adequados ao doente idoso com *delirium* e sua família, prezando a manutenção da sua autonomia e respeitando a sua dignidade, foram fundamentais para o desenvolvimento de boas práticas nos cuidados, com o fim de se atingir um nível de cuidados de enfermagem de excelência.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, *delirium*, UCI, intervenções de enfermagem, família

ABSTRACT

Delirium is a manifestation of brain dysfunction common in elderly patients hospitalized in Intensive Care Units. It is defined in the DSM – IV – TR as a disturbance of consciousness, attention and perception that develops in a short time, and may have fluctuating course throughout the day.

Due to the large number of older patients typically found in the ICU set, *delirium* has gained growing awareness from physicians and nurses, namely taking into account their adverse effects, which include: increased length of stay in ICU and hospitals, increased mortality and morbidity, functional and cognitive decline, institutionalization and increased costs. Furthermore, its manifestations are extremely distressing for the patient, family and healthcare team.

Nurses have a critical role in the prevention, early identification and implementation of best evidence-based care, in order to limit the effects of *delirium*, which often extend to the period after hospital discharge.

I developed a project with the purpose of promoting the improvement of the quality of nursing care provided to the elderly with delirium and his family, in a neurocritical ICU.

The involvement of the multidisciplinary team in the implementation of a delirium sensitive and specific assessment tool, as well the harmonization of appropriate care to elderly patients with delirium and his family, valuing their autonomy and respecting their dignity, were fundamental to good practice in care, in order to achieve a level of nursing excellence.

Keywords: Elderly, *delirium*, ICU, nursing interventions, family

ÍNDICE

Índice de Quadros

Índice de Figuras

Introdução	7
1 – Contextualização do Problema	9
2 – Enquadramento Teórico	11
2.1 – Epidemiologia e Patofisiologia do <i>delirium</i>	14
2.2 – Fatores de Risco e Prevenção do <i>delirium</i> na UCI.....	16
2.3 – Diagnóstico e Instrumentos de Avaliação.....	19
2.4 – Tratamento e Prognóstico do <i>delirium</i>	22
2.5 – A Enfermagem, o doente idoso com <i>delirium</i> e a família.....	25
3 – Plano de Trabalho	31
3.1 – Estratégias de Implementação do Projeto.....	32
4 – Atividades Desenvolvidas	33
4.1 – Primeira Fase: Auto – Formação, desenvolvimento de competências pessoais e formação da equipa.....	33
4.1.2 – Sessões formativas.....	36
4.2 – Segunda fase – Formação do grupo de trabalho multidisciplinar.....	40
4.3 – Terceira fase – Divulgação do procedimento e implementação do CAM – ICU.....	42
5 – Competências Adquiridas	44
6 – Limitações e Perspetivas Futuras	47
7 – Conclusão	48
Referências Bibliográficas	50
Anexos	57
Anexo 1 – Escala de avaliação do <i>delirium</i> CAM – ICU	
Anexo 2 – Declaração da Área de Gestão da Formação	
Apêndices	65
Apêndice I – Formação em serviço – Plano de Sessão	
Apêndice II – Ação de Formação “Ação de Enfermagem na díade: doente idoso com <i>delirium</i> na UCI e família.”	
Apêndice III – Procedimento Setorial “Prevenção, diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i> ”	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias de Prevenção de <i>delirium</i>	18
Quadro 2 – Escala de Agitação-sedação de Richmond (RASS).....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Método de Avaliação da Confusão na Unidade de Cuidados Intensivos.....	22
--	-----------

INTRODUÇÃO

O *delirium* é um síndrome que afeta muitos dos idosos internados em Unidades de Cuidados Intensivos, sendo esperado que aumente proporcionalmente com o envelhecimento da população e com a gravidade da doença subjacente (Van Eijk *et al.*, 2008). Apesar de comprovada a sua elevada prevalência, é pouco reconhecido pela equipa de enfermagem em parte devido à sua natureza flutuante, à sobreposição de sintomas com a demência, à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados e à subvalorização das suas consequências (Inouye, 2006). A gravidade da doença que justifica o internamento do idoso na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), bem como a sua instabilidade, constituem prioridade na atuação dos enfermeiros, conduzindo para segundo plano a avaliação das alterações do estado mental que lhe estão associadas (Balas *et al.*, 2012). Assim, a abordagem do *delirium* nem sempre é a mais adequada, apesar da literatura sugerir que cuidados de qualidade baseados nas melhores práticas, reduzem a intensidade e a duração do *delirium* com ganhos associados para o doente, família, equipa de saúde e instituição (Lundstrom *et al.*, 2005). O *delirium* na UCI não é apenas uma experiência perturbadora para os doentes e sua família é também um desafio para os enfermeiros e médicos que cuidam dos doentes (Eijk, 2011).

Com este relatório pretendo evidenciar o caminho percorrido, através das atividades desenvolvidas durante o estágio realizado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa Idosa, dando resposta à unidade curricular Estágio com relatório. O tema escolhido para o meu projeto de estágio foi: “A ação de enfermagem na díade: doente Idoso com *delirium* na UCI e família”.

A razão da escolha deste tema prendeu-se com a problemática identificada: deficiente identificação, documentação e atuação da equipa de Enfermagem, perante o doente idoso com *delirium* e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC) de um Centro Hospitalar de Lisboa, bem como a não utilização de um instrumento de avaliação do *delirium*. Esta problemática fundamenta-se no desconhecimento sobre a temática evidenciado pela equipa de enfermagem, na qual a autora deste relatório se inclui. Este fato levou à necessidade de intensa pesquisa bibliográfica suportada pela evidência científica, a

qual foi transversal e contínua durante todo o processo de aquisição e transmissão de conhecimentos, pois só deste modo seria possível atingir a finalidade do projeto: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa com *delirium* internada na UCINC e sua família.

Considerando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e pedagógicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica como base fundamental para o envolvimento da equipa de enfermagem da UCINC neste projeto, estabeleci como objetivos gerais:

- 1 – Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação e avaliação do *delirium*.
- 2 – Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção e atuação no doente com *delirium* e família.

O presente relatório é então referente ao período de estágio que decorreu entre Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013 realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos. Inclui um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Vila Real com a duração de 35 horas, o qual decorreu entre 26 e 30 de Novembro de 2012. O relatório divide-se em 7 capítulos: Contextualização do problema, enquadramento teórico, plano de trabalho, atividades desenvolvidas, competências adquiridas, limitações e perspetivas futuras e conclusão.

Este projeto foi desenvolvido tendo como Modelo de referência Collière.

A realização deste relatório seguiu as indicações dadas pelas Normas APA.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A UCINC integra uma unidade de nível III com capacidade para dez doentes ventilados, uma unidade de nível II com capacidade para quatro doentes ventilados ou não, podendo receber doentes essencialmente no pós-operatório imediato com perspectiva de curto internamento ou outros que apresentem necessidade de suporte ventilatório. Integra ainda uma unidade de nível I com capacidade para oito doentes não ventilados, sendo a sua capacidade total de 22 doentes e apresentando em 2012 taxas de ocupação superiores a 90%. Os doentes aí internados apresentam patologias do foro neurocirúrgico, neurovascular e neurotraumatológico associado a politraumatismo, podendo igualmente apresentar patologia médica e cirúrgica associada ou exclusiva.

A equipa de enfermagem é constituída por 63 enfermeiros geridos pela Enfermeira Chefe que detém a Especialidade em Saúde Mental, em colaboração com as Enfermeiras Responsáveis pelos níveis I, II e III, sendo respetivamente Mestranda e outra Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Existem ainda 5 enfermeiros com a Especialidade de Reabilitação, no momento a desenvolver um projeto específico na sua área de especialização e dois enfermeiros com mestrado na área da Pessoa em Situação Crítica. Existem 5 equipas constituídas por 10/11 enfermeiros, sendo que todos prestam cuidados nos três níveis da unidade.

A equipa médica é constituída por 5 médicos intensivistas com especialidade em Medicina Interna e 3 com especialidade em Anestesia. Diariamente é realizada uma “visita médica” onde é discutido o plano clínico para cada doente e na qual participam os médicos do serviço, os enfermeiros responsáveis pelos níveis I, II e III, um neurocirurgião e um neurologista. Recentemente foi adotado um horário de visitas das 15 às 20 horas, permitindo a presença de um familiar/pessoa significativa junto ao doente.

À semelhança do panorama que se apresenta a nível nacional, também esta unidade traduz o envelhecimento da população, sendo que no 1º trimestre de 2012, 51% dos doentes que saíram da unidade tinham 65 ou mais anos (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF, 2012).

A patologia que conduz ao internamento dos doentes, maioritariamente associada a alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) juntamente com a faixa etária predominante e o próprio ambiente da UCI, podem ser determinantes para o desenvolvimento de estados confusionais agudos, de tal modo que estes são considerados “esperados” e “normais”. A identificação do doente confuso é efetuada pelos enfermeiros através da avaliação do estado de consciência, utilizando a Escala de Comas de Glasgow, baseando-se na avaliação da resposta verbal do doente. Nesta unidade, caracteristicamente os doentes identificados como “confusos” apresentam um quadro flutuante, encontrando-se por vezes hiperativos e agitados, com discurso incoerente e desorientação, efetuando tentativas de levantar e de remoção de dispositivos médicos, induzindo à utilização de medidas de restrição física e química. Por outro lado, também com frequência encontramos doentes hipoativos, letárgicos e sonolentos, o que pode ser indicativo de agravamento do seu estado, com indicação para tomada de atitude diagnóstica e terapêutica.

Diagnóstico da situação

Com o objetivo de identificar a ação de enfermagem perante os doentes com “confusão” (Escala de Comas de Glasgow) e família, procedi à análise documental de seis processos de doentes com idade igual ou superior a 65 anos e concluí que:

- Em dois processos estavam documentadas ações de enfermagem ao doente “Confuso e agitado”. Consistiam na imobilização física e administração de terapêutica.
- Em nenhum processo constava a identificação de *delirium*.
- Em nenhum processo constava a referência à utilização da técnica de orientação do doente.
- Em nenhum processo foi documentada a intervenção de enfermagem junto à família no que diz respeito ao estado de “confusão” do doente ou orientação quanto à melhor atuação perante a situação.

2 – EQUADRAMENTO TEÓRICO

Os termos confusão aguda, estado confusional agudo e *delirium* são termos que descrevem perturbações cognitivas associadas a doença grave (Sendelbach & Guthrie, 2009). Confusão é o termo mais utilizado pelos enfermeiros para descrever alterações cognitivas e comportamentais frequentes em doentes idosos, o que constitui uma barreira à identificação precisa do *delirium* que é, muitas vezes, o primeiro indicador de uma doença grave subjacente (Hare *et al*, 2008). Apesar dos enfermeiros utilizarem frequentemente o termo “confuso”, não o definem de forma consistente (Milisen *et al*, 2005). Torna-se essencial que comuniquem os resultados das suas avaliações de um modo mais preciso e objectivo, começando por utilizar de forma sistemática o termo *delirium* e documentando os cuidados apropriados (Steis & Fick, 2012). A literatura identifica a confusão aguda como um conceito mais amplo, dentro do qual se enquadra o *delirium* (IVANRC, cit. por Rapp *et al.*, 2000), sugerindo que todos os doentes com *delirium* apresentam confusão aguda, mas nem todos os doentes com confusão aguda apresentam *delirium*.

O uso de diferentes termos utilizados na literatura científica e na prática clínica, como estado confusional agudo, encefalopatia, falência cerebral aguda, síndrome cerebral orgânico, psicose da UCI, referem-se a condições que vão de encontro ao critério de definição de *delirium* de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM – IV – TR (2002), (Cerejeira & Ladinska, 2011).

Num estudo desenvolvido que incluiu 24 países e 13 línguas diferentes de origem românica, com o objetivo de clarificar a terminologia relativa ao *delirium*, concluiu-se que a nível internacional, apenas em 54% dos países o termo *delirium* é utilizado para indicar a perturbação como é definida pelo DSM – IV – TR, estando a língua portuguesa incluída. Foram definidos termos associados ao *delirium* tais como a confusão mental e o delírio. Na língua portuguesa, o termo confusão mental refere-se a “*falta de ordem ou método, incapacidade de reconhecer diferenças ou distinções, perda de orientação*”. O termo delírio é definido como uma “*alteração do conteúdo do pensamento com crenças falsas, que resultam de uma apreciação errada da realidade, que não cede à lógica nem à evidência do real*”. Por sua vez *delirium* é identificado como “*alteração aguda do estado mental ou curso flutuante,*

falta de atenção e pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado” (Morandi *et al.*, 2008). No seguimento do anteriormente referido, foi adoptado o termo *delirium* por ir de encontro à problemática que deu origem a este relatório.

O *delirium* é definido pela American Psychological Association (APA), no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM – IV - TR, 2002), que o descreve como uma perturbação da consciência (diminuição da percepção do ambiente), com redução da capacidade para focar, manter ou transferir a atenção; alteração na cognição (como défice de memória, desorientação, perturbação de linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção, que não é devida a uma demência. Esta perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias) e tende a flutuar durante o dia. Nesta definição é salientada a evidência de provas (história clínica, exame físico ou testes laboratoriais) de que a perturbação é causada por consequências fisiológicas directas de um estado físico geral. Os estados físicos gerais associados ao *delirium* incluem perturbações do SNC, como por exemplo traumatismo craniano, doenças vasculares como o AVC e a encefalopatia hipertensiva, infeções e tumores cerebrais (APA, 2002).

O *delirium* está associado a uma perturbação do ciclo sono-vigília e é frequentemente acompanhado de alteração do comportamento psicomotor, dividindo-se em três subtipos: hiperativo, hipoativo ou misto. O subtipo hiperativo envolve estados de hiper-vigília com agitação associada. O doente tenta sair da cama e retirar dispositivos médicos, pode ser agressivo e apresentar alucinações e ilusões. No subtipo hipoativo, o doente apresenta-se letárgico e apático, com lentificação da resposta motora e da fala. A variante de *delirium* misto caracteriza-se por uma alternância entre aspetos relativos ao hiperativo e hipoativo (Peterson *et al.*, 2006). Embora o *delirium* hiperativo seja o mais precocemente reconhecido, estando por vezes associado ao uso de benzodiazepinas, sedação, restrição física e quedas, são os subtipos misto (54,1%) e o hipoativo (43,5%) que estão mais representados nas unidades de cuidados intensivos (Peterson *et al.*, 2006). O *delirium* hipoativo é mais frequente nos idosos, é muitas vezes sub diagnosticado e está associado a piores prognósticos (Wass, Webster & Nair, 2008; Page, 2010).

O *delirium* é frequentemente confundido com demência e apresenta sintomatologia que se sobrepõe à depressão. Diferenciar *delirium*, demência e depressão é um desafio importante porque o *delirium* pode ser prevenido. (Featherstone, Hopton & Siddiqi, 2010).

Definimos demência baseando-nos no DSM – IV – TR (2002), que a caracteriza pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos (incluindo alteração da memória) e pelo menos uma das perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação na capacidade de execução. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem alteração do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento, sendo acompanhados por sintomas psicológicos e comportamentais (BPSD).

A definição de demência do DSM – IV – TR (2002), baseia-se no padrão dos défices cognitivos e não implica uma conotação quanto ao prognóstico. A demência pode ser progressiva, estática ou remittente. A reversibilidade da demência é em função da patologia subjacente (APA, 2002).

Os profissionais de saúde descrevem frequentemente os idosos como confusos e identificam a demência em situações de *delirium* (Featherstone, Hopton & Siddiqi, 2010). Por sua vez, o *delirium* pode sobrepor-se a uma demência, pois estes doentes são muito vulneráveis e podem desenvolver *delirium*, adicionando-o à sua condição de base (Rapp, 2000; Lee, 2005; Blazer & Nieuwenhuizen, 2012). Este facto torna a demência um dos factores de risco principais para o desenvolvimento de *delirium* (Chan, 2011; Fong, Samir & Inouye, 2009; Steis & Fick, 2012).

O diagnóstico diferencial pode ser um desafio quando se cuida de pessoas idosas (Blazer & Nieuwenhuizen, 2012). Assim, é importante reconhecer que a instalação dos sintomas no *delirium* é rápida (em poucas horas ou dias), enquanto na demência o início é tipicamente gradual ou insidioso. Os sintomas do *delirium* apresentam uma gravidade flutuante ao longo das 24 horas, enquanto que na demência tal não acontece. A excepção é a demência dos corpos de Lewy que conduz a flutuações na cognição. O *delirium* caracteriza-se por alterações a nível da atenção e da consciência o que, ao verificar-se na demência será nos estádios mais avançados. A informação dos membros da família, cuidadores ou registos médicos

anteriores podem ajudar a determinar a existência prévia de uma demência (Chan, 2011).

O subtipo hipoativo do *delirium* pode confundir-se com depressão pois apresentam alguns sintomas que se sobrepõem tais como alterações do humor, anorexia, insónia ou alterações psicomotoras. No entanto, quando estes sintomas resultam de uma depressão, eles permanecem durante, pelo menos, duas semanas e não estão associados a alterações da atenção ou nível de consciência. Em contrapartida, o *delirium* apresenta um carácter geralmente transitório e com distúrbios mentais flutuantes. (Chan, 2011).

2.1 – Epidemiologia e patofisiologia do *delirium*

O *delirium* é uma perturbação comum entre os idosos hospitalizados que muitas vezes passa despercebida, é sub diagnosticada e deficientemente tratada (Wass, Webster & Nair, 2008; Burge *et al*, 2010; Silva, Silva e Marques, 2011). Na UCI o *delirium* é incompreendido tanto por médicos como por enfermeiros (Paige *et al*, 2009), é muitas vezes considerado esperado, temporário e com poucas consequências (Truman & Ely, 2003). No entanto, alguns autores encaram-no como uma emergência médica até prova em contrário, (Fong, Tulebaev & Inouye, 2009) e reconhecem-no como o sexto sinal vital, recomendando a sua avaliação de forma sistemática, (Flaherty, Rudolph & Shay *et al*, 2007). A sua prevalência e incidência varia consoante a população, o contexto de cuidados de saúde e o instrumento de avaliação utilizado. A prevalência do *delirium* em doentes com 65 e mais anos, durante a sua permanência numa UCI e até 7 dias após a alta pode variar entre 70% a 80% (Ely, 2001; McNicoll *et al*, 2005). O *delirium* é considerado um preditor independente de aumento da mortalidade, morbilidade e tempo de internamento (Ely *et al* 2001; Ouimet *et al*, 2007; Luetz *et al*, 2010), tal como de declínio cognitivo e funcional de longo prazo (Van Rompaev *et al*, 2009; Girard *et al.*, 2010), perda de autonomia e independência, institucionalização e elevados custos de saúde (Fong, Tulebaev & Inouye, 2009; Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

No que diz respeito à patofisiologia do *delirium*, é necessária mais investigação já que esta não se encontra ainda bem esclarecida (Fong *et al.*, 2009; Oiumet *et al.*, 2007).

O *delirium* é uma manifestação clínica aguda de um desequilíbrio global da homeostasia cerebral que resulta na alteração de funções cognitivas, comportamentais e emocionais. Assim, qualquer agressão que afete o processo neurofisiológico do sistema nervoso central pode desencadear o *delirium*. Vários estudos que se focaram na identificação de alterações neuroquímicas, durante os episódios de *delirium*, relatam um desequilíbrio a nível dos principais neurotransmissores como a acetilcolina, serotonina, dopamina, glutamato e GABA (ácido gama-aminobutírico). Também os neuropeptídeos, catecolaminas, cortisol e marcadores inflamatórios têm sido implicados na patofisiologia do *delirium* (Gunther, Morandi & Ely, 2008). Atualmente, as duas principais teorias acerca da patofisiologia do *delirium* são a que se refere à deficiência colinérgica e a que tem por base o stress como resposta exacerbada ou neuroinflamação (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Tratando-se de uma ocorrência comum nos idosos, pode estar associada a diferentes fatores fisiológicos relacionados com o envelhecimento (Farley & McLafferty, 2007). A considerar a diminuição da perfusão cerebral em 28% no processo de envelhecimento normal e a perda neuronal. Estas alterações resultam numa diminuição das reservas fisiológicas necessárias para combater o stress neurológico adicional que ocorre em situações como as alterações metabólicas ou infeção, sugerindo que as respostas aos stressores fisiológicos, psicológicos ou ambientais podem ser menos eficazes nos idosos tornando-os mais susceptíveis à ocorrência de *delirium* (Farley & McLafferty, 2007). Se a estes fatores for adicionado o ambiente desconhecido, múltiplos profissionais, o ruído constante, os exames invasivos, as luzes intensas, a dor, a interrupção do sono, a alteração de hábitos nomeadamente de eliminação, a imobilidade, a exacerbação de uma doença crónica ou a instalação de doença aguda constata-se o desafio imenso colocado à saúde mental dos idosos (Burge *et al.*, 2010).

2.2 – Fatores de risco e prevenção do *delirium* na UCI

O desenvolvimento do *delirium* raramente se baseia numa só causa. Sendo de etiologia multifatorial, é resultado da interação entre múltiplos fatores de risco (Inouye, 2006; Sendlebah & Guthrie, 2009). Estes podem ser classificados como predisponentes e precipitantes. São predisponentes quando estão relacionados com o próprio doente e não são modificáveis. Estão descritos a idade superior ou igual a 65 anos, o sexo masculino, distúrbio cognitivo, demência, depressão, múltipla comorbilidade, alcoolismo, alterações sensoriais e a gravidade da doença subjacente (Inouye, 2006; Pun & Ely, 2007). Os fatores precipitantes estão relacionados com a doença aguda, a sua gravidade e o ambiente, podendo ser modificáveis e como tal, alvo da ação de enfermagem (Fong, Tulebaev & Inouye, 2009). São exemplos a infeção/sepsis, alterações metabólicas, alteração na oxigenação e tensão arterial, medicação/anestesia, dor, presença de dispositivos invasivos, imobilização, privação do sono, alterações sensoriais e iatrogenia bem como perturbações do SNC (Inouye, 2006; Pun & Ely, 2007; Page, 2010; Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011). Os fatores de risco precipitantes também podem ser reconhecidos através da mnemónica DIMS – R (*drugs, infection, metabolic disturbances, structural insults and retention*), (Chan, 2011).

A estadia na UCI está associada a elevadas taxas de *delirium* sendo o seu ambiente um importante fator de risco (McCusker *et al.*, 2001; Rompaey *et al.*, 2009; Chan, 2011). Um estudo sobre os fatores de risco de *delirium* em doentes de cuidados intensivos, que incidiu sobre fatores relacionados com as características dos doentes (idade, género, fumar), patologia crónica, doença aguda (tempo de estadia na UCI, presença de cateteres e tubos, benzodiazepinas, nº de perfusões) e o ambiente (isolamento, sem luz do dia, sem relógio, com restrição física, sem visitas), concluiu que as características dos doentes são responsáveis por 20% das situações de *delirium*, as doenças crónicas responsáveis por 2%, os fatores relacionados com a doença aguda por 48% e os fatores relacionados com o ambiente por 53% (Rompaey *et al.*, 2009).

De acordo com as guidelines emanadas pelo Colégio Americano de Medicina Crítica, (Barr *et al.*, 2013), a mobilização precoce dos doentes (Schweickert *et al.*,

2009), bem como a promoção do sono através da otimização do ambiente da UCI, contribuem comprovadamente para a redução da incidência e duração do *delirium*. O doente crítico apresenta muitas vezes alteração do ritmo circadiano e privação do sono, dormindo cerca de duas horas por dia. As causas da privação do sono na UCI consistem no ruído excessivo, iluminação inapropriada, atividades de cuidado aos doentes, ventilação mecânica e medicação sedativa e analgésica (Gabor *et al.*, 2003).

A medicação é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* mais prevalente na UCI. Os sedativos e analgésicos alteram os níveis dos neurotransmissores cerebrais, o que pode estar na origem do desenvolvimento do *delirium* (Pun & Ely, 2007). A administração de sedação na UCI é tão importante quanto a escolha dos medicamentos usados para este efeito. As benzodiazepinas, nomeadamente o Lorazepan, precipitam e mantêm o *delirium* (Pandharipande *et al.*, 2006). Os medicamentos agonistas do GABA, incluindo o propofol detêm propriedades indutoras de *delirium*. Assim, é importante a utilização de protocolos de sedação nas unidades de cuidados intensivos de modo a gerir os medicamentos utilizados, o score de sedação pretendido para o doente e o tempo de permanência sob sedação. Esta medida tem como objetivo promover a utilização apenas da sedação necessária, mantendo uma analgesia eficaz (Page, 2010). A dor é outro fator modificável que pode precipitar o *delirium*, a sua monitorização e controle é essencial na redução da incidência do *delirium*. No entanto, analgésicos como a morfina e o fentanil, largamente utilizados na UCI, são fatores de risco (Page, 2010). Deste modo se infere, que elevada percentagem de fatores de risco do *delirium* são potencialmente modificáveis, o que implica o desenvolvimento de intervenções no sentido da prevenção, sendo esta a medida mais eficaz na abordagem desta síndrome (Page, 2010).

A operacionalização de estratégias de prevenção deve resultar da cooperação multidisciplinar, sendo que os enfermeiros detêm um papel fundamental no que diz respeito à liderança destas intervenções (Milisen, *et al.*, 2005). As estratégias de prevenção do *delirium* (Quadro 1), são fundamentadas na avaliação dos fatores de risco, principalmente os fatores precipitantes que se caracterizam por serem modificáveis e estão relacionados com a doença aguda (Wass, Webster & Nair,

2008). Também a introdução de programas de formação com o objetivo de aumentar o conhecimento dos profissionais sobre o *delirium* e chamar a atenção para a importância da sua prevenção, fazem parte destas estratégias e são considerados eficazes em diversos estudos (Tabet & Howard, 2009).

Apesar da existência de evidência crescente no sentido de que as intervenções não farmacológicas são determinantes na prevenção do delirium, continua a haver um vazio relativamente a estudos randomizados controlados na avaliação das intervenções não farmacológicas. Assim, muitos dos estudos disponíveis são estudos de observação. Enquanto mais investigação se aguarda neste campo, a maior parte dos dados disponíveis é baseada em protocolos assentes em boas práticas e guidelines (Tabet & Howard, 2009).

Quadro 1. Estratégias de Prevenção do *Delirium*

<ul style="list-style-type: none">• Promover a orientação para a realidade:<ul style="list-style-type: none">○ Orientação quanto ao espaço, tempo, pessoa e situação;○ Utilização de relógio e calendário.• Manter a oxigenação e tensão arterial adequada;• Identificar e limitar o uso de medicação delirogénica:<ul style="list-style-type: none">○ Anticolinérgicos, Benzodiazepinas, Anti-histamínicos e Opióides.• Controlar a dor;• Iniciar mobilizações precoces;• Manter a adequada eliminação vesical e intestinal;• Prevenir as alterações sensoriais<ul style="list-style-type: none">○ Providenciar óculos ou aparelhos auditivos• Evitar o uso da restrição física;• Remover precocemente dispositivos médicos desnecessários;• Evitar mudanças de sala (sobretudo à noite);• Promover a higiene do sono;• Fomentar a visita e o envolvimento da família.

→ Adaptado de Tropea, Slee & Brand (2008); Wass, Webster & Nair (2008); NICE, (2010)

2.3 – Diagnóstico e instrumentos de avaliação do *delirium*

O diagnóstico do *delirium* é efetuado com base na história clínica, na observação do comportamento e avaliação do estado mental. Estudos demonstram que 30% a 67% dos doentes com *delirium* não são diagnosticados (Wass, Webster & Nair, 2008). O subdiagnóstico do *delirium* tem sido associado a fatores como o seu curso flutuante, a sobreposição de demência ou depressão, a falta de avaliação cognitiva formal e sistemática ou o tempo de aplicação do instrumento de avaliação e a subvalorização das suas consequências (Inouye, 2006; Guenther *et al.*, 2012). A utilização sistemática de um método standardizado de avaliação do estado mental, deve fazer parte dos cuidados diários a prestar ao doente idoso na UCI e apresenta repercussão a nível da melhoria desses cuidados pela identificação precoce dos doentes com *delirium* (Devlin *et al.*, 2007; Ouimet *et al.*, 2007; Luetz *et al.*, 2010). Permite o seu tratamento adequado, a identificação e resolução da causa subjacente, a monitorização da sua evolução, bem como a prevenção de complicações associadas e persistência de défices cognitivos com ganhos para o doente, família e equipa de saúde (Steis & Fick, 2012).

São vários os instrumentos de avaliação do *delirium*: O CAM (*Confusion Assessment Method*), CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*); ICDSC (*Intensive Care Delirium Checklist*); NEECHAM (*Neelon and Champagne confusion scale*). No entanto, nem todos são apropriados para a população da UCI devido à baixa sensibilidade e especificidade para o *delirium* em doentes que estão ventilados e impossibilitados de comunicar verbalmente (Ely *et al.*, 2001; Devlin *et al.*, 2007).

O CAM (*Confusion Assessment Method*) foi desenvolvido em 1990 por Inouye e colegas, estando baseado nos critérios que definem o *delirium* pelo DSM – III (APA), com a finalidade de que o *delirium* pudesse ser avaliado por outros profissionais e não apenas por psiquiatras. Esta escala foi modificada para CAM-ICU por Ely e colegas em 2001, com o objetivo de ser utilizada em unidades de cuidados intensivos por doentes ventilados ou não. A escala utiliza quatro critérios chave para avaliar o *delirium*: 1) Alteração aguda do estado mental ou curso flutuante; 2) Falta de atenção; 3) Nível de consciência alterado ou; 4) Pensamento desorganizado,

sendo os mesmos critérios em que se baseia o CAM, recentemente traduzido e validado para Português por Sampaio e Sequeira (2013).

Quando da sua validação, o CAM-ICU foi testado em 96 doentes ventilados demonstrando sensibilidade de 93% e especificidade de 98% para predizer a presença de *delirium* (Ely *et al*, 2001). Na avaliação do nível de consciência (critério 3), é introduzida a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS) o que permite identificar os subtipos de delirium. A RASS é uma escala de 10 níveis que vão desde -5 (não despertável) a +4 (combativo) (Guenther *et al*, 2012).

Foi preconizada a utilização do CAM-ICU e do ICDSC (*Intensive Care Delirium Checklist*) para avaliação do delirium nos doentes da UCI do foro médico e cirúrgico, devido às suas características psicométricas (Barr *et al.*, 2013). Contrariamente às restantes escalas, o CAM-ICU demonstrou igualmente ser um instrumento de confiança aplicado aos doentes do foro traumatológico (incluindo traumatizados de crânio) e neurológico utilizado como adjunto da Escala de Comas de Glasgow (Soja *et al*, 2008). A avaliação pode ser realizada por médicos e enfermeiros. O CAM-ICU é de fácil utilização e demora apenas 2 minutos a aplicar, está traduzido em várias línguas (incluindo Português), tal como o manual de treino que pode ser acedido online (Hipp & Ely, 2012). Entidades como o *National Institute for Health and Clinical Excellence*, a Sociedade Americana de Psiquiatria, a Sociedade Britânica de Geriatria bem como a Sociedade Australiana de Medicina Geriátrica recomendam a sua utilização, pelo que se optou pela sua implementação na UCINC em detrimento de outro instrumento.

A avaliação do *delirium* é realizada em dois passos. No primeiro passo, é avaliado o nível de consciência utilizando a escala de agitação e sedação de Richmond. Se a RASS for inferior a **- 3**, ou seja, se o doente se encontrar em estado estuporoso ou em coma não reagindo à estimulação verbal, não se avalia o *delirium*. Se RASS for igual ou superior a **- 3**, passa-se à segunda etapa, procedendo-se à avaliação do *delirium* através da utilização da escala CAM-ICU (anexo 1). Esta avaliação é realizada uma vez por turno e sempre que se mostre necessária.

Passo 1: Avaliação do nível de Agitação – Sedação

Quadro 2. Escala de Agitação-sedação de Richmond (RASS).

Pontuação	Avaliação	Descrição	
+4	Combativo	Combativo, violento, colocando em risco a sua segurança e a do pessoal	
+3	Muito agitado	Puxa e/ou retira tubo(s) ou cateter(s); agressivo	
+2	Agitado	Faz frequentes movimentos não intencionais, “luta” com o ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso mas sem movimentos agressivos vigorosos	
0	Desperto e Calmo		
- 1	Sonolento	Não totalmente desperto, mas fica acordado de modo permanente (olhos abertos/contato com o olhar) à chamada (> 10 segundos)	Estimulação Verbal
- 2	Levemente sedado	Acorda transitoriamente e mantém contato ocular à chamada (< 10 segundos)	
- 3	Moderadamente sedado	Movimenta-se ou abre os olhos à chamada (mas sem contato ocular)	
- 4	Profundamente sedado	Sem resposta à chamada, movimenta-se ou abre os olhos à estimulação física.	Estimulação Física
- 5	Não Despertável	Sem resposta à chamada ou à estimulação física	

Adaptado de Sessler, C.N, *et al.* (2002); Ely, E.W., *et al* (2003).

Passo 2: Avaliação do *delirium*

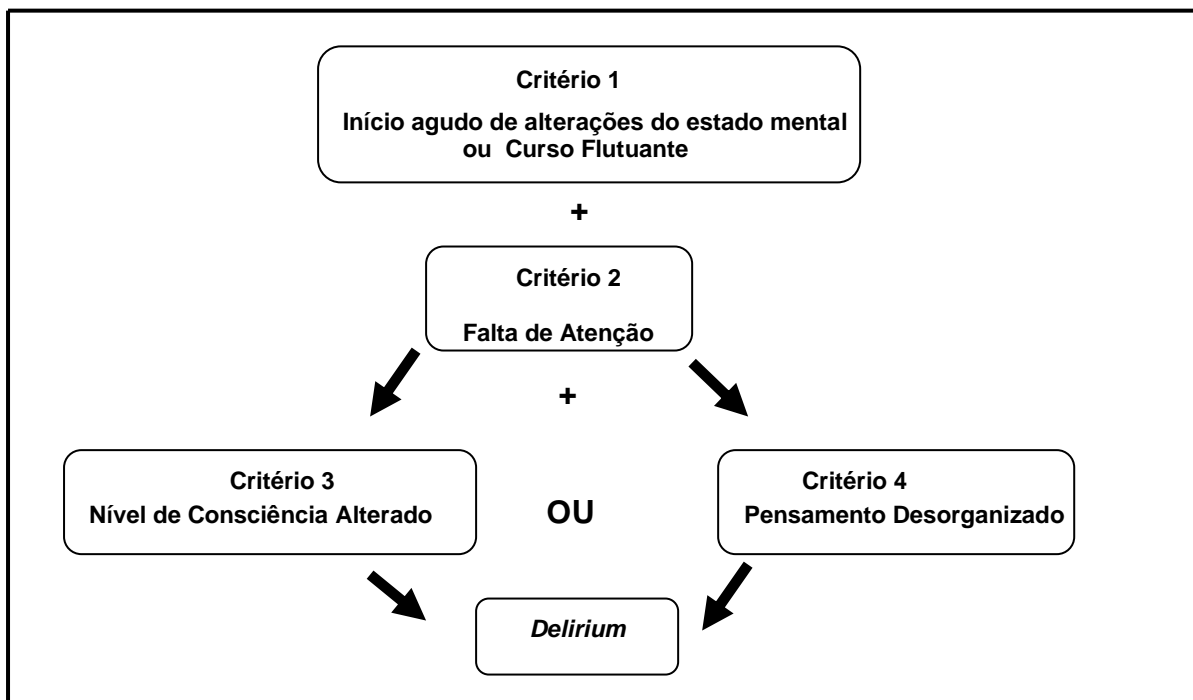


Figura1. Método de avaliação da confusão na unidade de cuidados intensivos (CAM – ICU). Adaptado de Ely, *et al.* 2001a ; 2001b

2.4 – Tratamento e prognóstico do *delirium*

O *delirium* pode ser reversível se a sua causa for identificada e prontamente tratada (APA, 2002), pelo que o primeiro passo é identificar os fatores de risco que possam estar na sua origem (Wass, Webster & Nair, 2008; NICE, 2010).

O tratamento do *delirium* inclui estratégias não farmacológicas e farmacológicas. Tendo por base o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2010) e resumindo a literatura consultada, o tratamento não farmacológico envolve uma abordagem multi-componente com ações autónomas de enfermagem consideradas de primeira linha na actuação nos doentes com *delirium*. Esta abordagem incide nos seguintes aspectos: comunicação; gestão do ambiente; segurança e família.

Relativamente ao modo como comunicamos, devemos privilegiar o contacto visual direto, falar calma e pausadamente, usar frases curtas e simples, tranquilizar o doente, não utilizar movimentos bruscos e certificar-se de que a comunicação verbal está em conformidade com a não verbal (Balas *et al*, 2012). As alterações sensoriais devem ser minimizadas com o uso de óculos ou aparelhos de audição (NICE, 2010). A reorientação do doente para a realidade (espaço, tempo, pessoa e situação) de modo a colmatar alterações cognitivas, deve fazer parte da prática diária (NICE, 2010) ou, em situações de agitação ou agressividade, usar a validação da realidade, que envolve o reconhecimento por parte do enfermeiro de que a realidade que o doente vivência e verbaliza é a “sua” realidade, diferente daquela do profissional, sendo importante ouvir o que o doente tenta transmitir sem desvalorizar, ridicularizar ou enfatizar essa realidade, tranquilizando e oferecendo cuidado de suporte e confiança, de modo que o doente mantenha a sua dignidade e integridade (Ba, 2006).

A nível da gestão do ambiente é importante: limitar os níveis de ruído (pessoal e equipamento), adequar a luminosidade durante o dia e utilizar luz de presença à noite (Schofield, 2002). É importante ajudar o doente a interpretar corretamente o ambiente que o rodeia de modo a evitar alterações da perceção. Evitar a restrição física porque conduz à diminuição da mobilidade, ao aumento da agitação, maior risco de lesão e prolongamento do *delirium*. De forma a minimizar o uso de medicação, deve ser usado o protocolo não farmacológico de indução do sono. Este protocolo inclui três componentes: primeiro, providenciar ao doente um copo de leite morno ou chá; segundo, musica para relaxamento; e terceiro, uma massagem terapêutica. Este protocolo demonstrou ser eficaz tendo diminuído o uso de medicamentos para dormir de 54% para 31% (Inouye *et al*, 2003; NICE, 2010).

Quando nos referimos à atuação na família, devemos ter em consideração que deparar-se com um familiar que apresenta alterações do estado mental é muitas vezes pior do que se este apresentar febre ou hipotensão (Eijk, 2011). Neste sentido, há que explicar a presença de *delirium*, a sua sintomatologia e atuação mais adequada. Estimular e ensinar a família a interagir com o doente, a utilizar a reorientação ou a validação da realidade. Incentivar a trazer fotografias ou objetos

significativos para o doente que ajudem na sua orientação e familiarização com o ambiente (NICE, 2010).

No que diz respeito à prevenção de complicações, a manutenção da segurança do doente é fundamental e a implementação de medidas como baixar o nível da cama, recorrer à restrição física (como último recurso) e ao tratamento farmacológico estão preconizadas.

O tratamento farmacológico deve ser utilizado em doentes com agitação grave ou distúrbio do comportamento que coloque em causa a sua segurança e a de outros (NICE, 2010).

No que concerne ao uso de medicação no tratamento do *delirium*, a literatura reflete o consenso relativamente ao uso de antipsicóticos. O haloperidol em baixas doses, tem sido considerado o medicamento de eleição por se encontrar disponível na forma oral e endovenosa. (Tropea *et al*, 2008; Wass, Webster & Nair, 2008). No entanto, não há evidência publicada de que o tratamento com haloperidol reduza a duração do *delirium* em doentes na UCI (Barr *et al.*, 2013). Por outro lado, apresenta efeitos secundários associados que incluem efeitos extrapiramidais, prolongamento de QT a nível do ECG e o síndrome maligno dos neuroléticos, pelo que os doentes devem ser monitorizados. Os antipsicóticos atípicos têm sido utilizados como a risperidona, olanzepina e quetiapina no tratamento da agitação no *delirium*, tendo demonstrado eficácia na redução da duração do *delirium* em doentes na UCI, com menos efeitos secundários (Pun & Ely, 2007). As benzodiazepinas estão contraindicadas como tratamento do *delirium* (Fong, Tulebaev e Inouye, 2009, Barr *et al.*, 2013).

Ainda relativamente ao tratamento do *delirium*, alguns autores apontam como razões para o resultado por vezes ineficaz, o facto de serem poucas as estratégias definidas que têm como base os mecanismos causais do *delirium* isto é, a deficiência de acetilcolina e o excesso de dopamina e por outro lado, também o facto de os mecanismos que produzem o *delirium* não reunir consenso, o que justifica a falta de intervenções mais direccionadas e específicas (Milisen *et al*, 2005).

O curso do *delirium* tem sido descrito como transitório. No entanto, verifica-se que a recuperação completa é menos provável nos idosos, estando associada a um pior prognóstico. As taxas estimadas de recuperação completa à data da alta hospitalar

variam entre 4% e 40%. Muitos dos sintomas não remitem durante um período de 3 a 6 meses. Por vezes, a persistência dos défices cognitivos nos idosos que recuperam de *delirium*, pode dever-se a uma demência subjacente que não foi devidamente identificada (APA, 2002; Cole *et al*, 2008). Por outro lado, o *delirium* pode acelerar a trajetória do declínio cognitivo em doentes com demência pré-existente (Fong *et al*, 2009) ou levar ao desenvolvimento de demência (Jackson *et al*, 2004).

2.5 – A enfermagem, o doente idoso com *delirium* e a família

A nível mundial a população está a envelhecer de uma forma rápida. Ser idoso está a tornar-se “new normal” para a população mundial (WHO, 2012).

Em 2011, Portugal apresentava 2,023 milhões de idosos representando 19% da população residente com 65 ou mais anos (INE, 2011). A vulnerabilidade associada ao envelhecimento conduz à necessidade de mais respostas a nível dos cuidados de saúde, não só devido ao aumento das doenças crónicas e degenerativas (Sousa, 2005), mas também devido ao aumento do número de internamentos por episódios de doença aguda da qual, muitas vezes, resultam sequelas e incapacidades para o idoso, o que comporta diversas implicações, não só para o Sistema Nacional de Saúde, mas para a família e a sociedade no seu todo.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, na vertente Pessoa Idosa, são dirigidas a projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, promovendo a excelência na prática da enfermagem geriátrica (OE, 2009).

A prevenção, identificação e tratamento do *delirium* no idoso são cuidados inerentes à responsabilidade dos enfermeiros. Muitas das decisões tomadas pelos enfermeiros ao longo do dia podem potencialmente melhorar ou diminuir a

probabilidade dos seus doentes desenvolverem *delirium* (Balas *et al*, 2007). Verifica-se no entanto, que estes nem sempre estão despertos para esta problemática. Algumas das razões centrais para a deficiente gestão do *delirium* estão relacionadas com um défice de conhecimento global acerca do *delirium* e uma cultura de saúde que se recusa a priorizar os idosos, as perturbações cognitivas e o impacto destas a nível pessoal, familiar e comunitário (Burge *et al*, 2010). Assim, a formação dos enfermeiros no sentido de melhorar o conhecimento sobre o *delirium* e os seus fatores de risco, contribui para a implementação de instrumentos de avaliação, melhora os cuidados prestados aos doentes e diminui os efeitos adversos associados ao *delirium* na UCI. (Boot, 2012).

Cabe ao enfermeiro “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica, social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 51). Cuidar do doente com *delirium* envolve uma abordagem holística e interdisciplinar onde o conhecimento do doente e do seu contexto de vida é determinante para assegurar a sua identidade como pessoa. A autonomia constitui uma componente do bem-estar pelo que se exige, além de uma intervenção a nível dos fatores que promovem a saúde e mantêm essa mesma autonomia, que o plano de intervenção seja em favor dessa autonomia, contemplando a vontade, as decisões, os hábitos e a coerência com o projeto de vida da pessoa. A forma de o fazer é reconstruir a história de vida ou narrativa de vida, que é um elemento precioso de avaliação e de ajuda na promoção da autonomia da pessoa. Se o doente não tiver capacidade para fazer o relato, recorre-se a um elemento da família ou pessoa próxima que esteja disponível e em poder desses elementos (Melo, 2005).

Para Collière a Pessoa, o Homem vivo é o fundamento e única razão dos cuidados de enfermagem. Estes cuidados “ (...) consistem em permitir, aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar os prejuízos das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção (...) que acarreta” (Collière, 1999, p.241). Assim, o enfermeiro deve seguir uma “abordagem global antropológica que situa a pessoa no seu contexto de vida, tentando compreendê-la” (Collière, 1999, p.296) em todas as suas vertentes, tornando-os parceiros de cuidados. Constrói-se assim um processo de cuidados de enfermagem

que “é uma tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou de problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de (...) manutenção da vida, cuidados de reparação, bem como aquilo que se propõem complementar ou compensar” (Collière, 1999, p. 293).

A prática de enfermagem perante o doente com *delirium*, deve ir além da utilização da restrição física como primeira medida na gestão de sinais e sintomas. A restrição física da mobilidade é uma prática comum apesar dos relatos apontarem no sentido da sua progressiva eliminação. A sua continuada utilização prende-se com a protecção e segurança dos doentes nomeadamente no sentido de evitar lesões decorrentes de quedas (Silva, Silva & Marques, 2011). Também a crença de que possa controlar comportamentos disruptivos leva à sua utilização, quando na verdade os doentes se tornam mais confusos, desorientados e agitados. O uso inadequado de restrição pode levar à morte. Assim, uma cultura de redução da restrição deve ser instituída sendo a formação uma abordagem para a mudança da prática (Letizia, Balder & Cockrell, 2004).

Em Portugal a Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza que, considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, sendo que deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível. Relativamente às medidas alternativas, refere a presença e o acompanhamento individual do doente por profissionais de saúde que proporcionem a libertação de tensões e hostilidade recorrendo à palavra ou outras formas de expressão; contenção verbal com calma e firmeza; oferecer um ambiente calmo e seguro; recorrer à inclusão ou exclusão de pessoa significativa para o doente; organizar tarefas e actividades compatíveis com a condição e por último recorrer ao tratamento farmacológico (DGS, 2011).

A presença dos familiares na unidade pode ser uma mais valia na diminuição da restrição, tendo em conta que os doentes confusos respondem melhor às pessoas que conhecem e a sua presença pode diminuir-lhes a agitação. Eles representam a

realidade conhecida do doente. Os familiares podem auxiliar na vigilância aos seus movimentos, complementando os enfermeiros (Marques, 2012).

A família é definida como um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Encontrar um membro da família com *delirium* é uma experiência esmagadora para os familiares mais próximos. O doente idoso com *delirium* apresenta comportamentos e expressões alteradas, tornando-se numa pessoa desconhecida para a família que luta para entender o que está a acontecer e como agir perante a situação. Os familiares sentem – se limitados pela falta de conhecimentos e experienciam sentimentos de perda da pessoa que tão bem conheciam (Stenwall *et al.*, 2008). A posição vulnerável dos familiares e a sua necessidade de informação e compreensão é muitas vezes subestimada pelos profissionais. Estes precisam de estar despertos para as necessidades dos familiares face à situação e proporcioná-lhes informação acerca do *delirium*, sintomatologia, a sua flutuação ao longo do dia e carácter habitualmente transitório (Stenwall *et al.*, 2008), bem como incentivar a família a orientar frequentemente o doente e facultar-lhe objetos pessoais do seu interesse. Por outro lado, a informação proporcionada pelos familiares sobre o doente como indivíduo único, sobre a existência ou não de doença crónica subjacente e sobre a medicação que toma (Marques, 2012), são imprescindíveis para estabelecer um projeto de cuidados tendo em conta que “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades” (Ordem dos enfermeiros, 2003, p.4). Considerando que o tratamento e o cuidado ao doente com *delirium* deve ir de encontro às suas necessidades e preferências, este deve ter oportunidade de tomar decisões informadas. No entanto, o doente pode não apresentar capacidade de tomada de decisão (NICE, 2010).

Sabendo-se que o *delirium* pode persistir por semanas ou meses mesmo após a alta (APA, 2002), é importante que o familiar esteja desperto para o facto de poder

vir a tornar-se possível cuidador (Marques, 2012), ou seja, aquele que sendo parente, companheiro, amigo ou vizinho, que estabeleça uma relação pessoal significativa e que providencie um largo âmbito de assistência a um idoso ou adulto com uma condição crónica ou incapacitante (Family Caregiver Alliance, 2006). Neste sentido, o papel do enfermeiro vai de encontro ao que Collière considera ser o campo de competência da enfermagem situando-o na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família e dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe (Collière, 1999).

Na UCI assiste-se à sobrevalorização da doença orgânica e sua sintomatologia, levando a que as alterações do estado mental passem despercebidas e sejam muitas vezes desvalorizadas. Neste sentido, Collière refere que “os cuidados de reparação têm como fim limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas. Os cuidados centrados, primeiro no homem em relação com o meio, nas sociedades ocidentais, orientaram-se, cada vez mais, para as doenças, empreendendo um processo de análise que isolou as causas orgânicas das causas psíquicas” (Collière, 1999, p.239), o que assim sendo, deveria proporcionar ao doente com *delirium* uma atenção especial já que a causa deste síndrome é orgânica. A autora defende que “ocupar-se apenas da doença pode fazer calar as forças de vida se não tiver cuidado, tratando dela sem deixar morrer o que dinamiza a pessoa atingida por essa doença” (Collière, 1999, p.297).

Os cuidados de enfermagem em contexto de unidade de cuidados intensivos são abrangentes, não podendo centrar-se na elevada tecnicidade que teima em dominar, apesar das múltiplas dimensões do cuidar. Collière prevê que “ (...) progressivamente os cuidados de reparação vão predominar a ponto de obliterar, e mesmo de excluir, os cuidados de manutenção da vida que são minimizados, apesar de continuarem a ser fundamentais, pois sem eles nenhuma vida pode continuar” (Collière, 1999, p.239). Na realidade a UCI comporta um domínio claro dos cuidados de reparação em detrimento dos cuidados de manutenção, sobrepondo o “Cure” ao

“Care” o que não beneficia o cuidado ao doente com *delirium*. Neste sentido, considero que deveria ser promovida na UCI a importância do “Care” tão frequentemente desvalorizado, sendo esta a razão pela qual optei por Collière de acordo com a problemática deste projeto, já que o seu modelo se enquadra na escola do Cuidar, cuja filosofia tem por base a Pessoa por oposição à doença devendo ser olhada numa perspectiva holística.

Collière (1999) alega que os cuidados de acompanhamento, de estimulação, de desenvolvimento e de manutenção de vida são indispensáveis nas grandes passagens da vida, nas crises, nas rupturas e nas mudanças irreversíveis; seguem a curva da vida, dependem directamente da iniciativa e por vezes da decisão do enfermeiro e exigem um largo campo de conhecimentos, o que enquadra as intervenções de enfermagem perante o doente com *delirium* ou em risco de o desenvolver e sua família. O domínio dos cuidados, longe de se tratar da execução de uma série de tarefas, exige o discernimento e a análise da razão de ser desses cuidados fundamentando-se na diversidade de conhecimentos e permitindo construir e alargar o domínio do saber em Enfermagem (Collière, 2003).

3 – Plano de Trabalho

A metodologia que adotei neste estágio foi a metodologia de projeto que compreende um conjunto de técnicas ou procedimentos com o objetivo de estudar um problema, constituindo uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo et al., 2010). Este projeto teve por base a revisão de literatura relativa à temática, fundamentando a prática baseada na evidência. Assim, consultei bases de dados científicas utilizando como motor de busca a EBSPOHOST, bem como organismos internacionais reconhecidos como: *The Hartford Institute for Geriathric Nursing*, *Nacional Institute for Health and Clinical Excellence*, *American Psychiatric Association*, *American Association for Critical Care Nurses* e sites: *icudelirium.org* e *medscape*. A pesquisa foi orientada tendo por base as palavras – chave: Pessoa Idosa, *delirium*, UCI, intervenções de enfermagem, família.

O projeto tem como finalidade promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com *delirium* internada na UCINC e sua família.

Objetivos Gerais:

- 1 – Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação e avaliação do *delirium*.
- 2 – Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção e atuação no doente com *delirium* e família.

Objetivos específicos referentes ao objetivo geral 1:

- Promover na equipa de enfermagem o conhecimento sobre o *delirium* no doente Idoso na UCI.
- Capacitar a equipa para a implementação do instrumento de avaliação do *delirium* (CAM – ICU).

Objetivos específicos referentes ao objetivo geral 2:

- Discutir com equipa de enfermagem medidas preventivas do *delirium*, tendo em vista a sua implementação.
- Implementar estratégias de tratamento não farmacológicas face ao *delirium*.
- Discutir o uso da restrição física, incentivando à sua utilização criteriosa.
- Promover o bem-estar da família.

3.1 – Estratégias de implementação do projeto

As estratégias de implementação centraram-se à volta das atividades desenvolvidas em prol dos objetivos específicos traçados para os dois objetivos gerais delineados e levaram a que a implementação do projeto fosse dividida em 3 fases:

Primeira fase: Auto – Formação, desenvolvimento de competências pessoais e formação da equipa: durante esta fase incidi predominantemente na auto-formação, através da realização do ensino clínico na UCIP de Vila Real. Este estágio, de curta duração, decorreu com o objetivo de antecipar barreiras e dificuldades, de modo a poder reformular, se necessário, estratégias de implementação do CAM-ICU na UCINC. Como líder deste processo, não me excludo da equipa e considero fazer parte da capacitação para a implementação do projeto que passa, posteriormente pela realização de ações formativas à equipa de enfermagem.

Segunda fase: organização do grupo de trabalho para elaboração do procedimento setorial e protocolo de atuação na prevenção, identificação e tratamento do *delirium*.

Terceira fase: divulgação do procedimento setorial e protocolo de atuação e consequente implementação do instrumento de avaliação do *delirium*, CAM – ICU.

4 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com o objetivo de promover a sensibilização e mobilização das várias hierarquias da UCINC para a temática e objetivos do projeto, procedi à apresentação do mesmo à Enfermeira Chefe e ao Coordenador da unidade. Reuni a sua aprovação e consenso relativamente à utilidade e mais valia do projeto no âmbito da melhoria dos cuidados a prestar aos doentes da UCINC. Posteriormente, divulguei o projeto junto dos enfermeiros que colaboram com a Enfermeira Chefe na gestão da unidade e enfermeiros Especialistas, cujo projeto na área da mobilização precoce dos doentes, vai de encontro à evidência que suporta esta atuação como importante na redução da incidência e duração do delirium (Barr *et al.*, 2013). Estes denotaram interesse e motivação em colaborar.

4.1 – Primeira Fase: Auto – Formação, desenvolvimento de competências pessoais e formação da equipa

No sentido de adquirir competências do ponto de vista prático, nomeadamente na aplicação do instrumento de avaliação de *delirium* CAM – ICU e também de usufruir do intercâmbio de experiências com enfermeiros que já passaram pelo desafio da implementação deste instrumento no seu serviço, propus-me realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Vila Real. Este decorreu de 26 a 30 de Novembro de 2012 sob a orientação da Sr.^a. Enf^a. Chefe e Enf^a. Carla Teixeira, responsável pela implementação do CAM – ICU naquela unidade.

A unidade de cuidados intensivos polivalente tem capacidade para dez doentes de cuidados intensivos e dez doentes de cuidados intermédios do foro médico ou cirúrgico. Atualmente apenas catorze camas estão ativadas devido à falta de recursos humanos. Trata-se de uma unidade recente a funcionar há dois anos nas atuais instalações, tendo o espaço sido construído de raiz a pensar nas funções a que se destinava. Totalmente equipada com material e equipamento moderno no que diz respeito à monitorização hemodinâmica e ventilação. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e três elementos que gerem a sua prestação de cuidados de acordo com a melhor evidência científica. Nesta unidade está

implementada a avaliação do *delirium* desde de 2010 utilizando o instrumento CAM – ICU.

Durante na minha passagem pela unidade, tive a oportunidade de acompanhar a Enfª. Carla Teixeira que me elucidou acerca do procedimento de avaliação do *delirium*. Esta é realizada nos doentes com RASS superior a – 4, uma vez por turno e sempre que se justifique dada a sua flutuação. O seu registo é efetuado na folha de enfermagem.

Existe na unidade um dossier de consulta do qual fazem parte a escala CAM – ICU em português, o manual de treino e o teste de atenção visual constituído por dois conjuntos de figuras alternativos ao teste de atenção auditivo. Tive oportunidade de aplicar o CAM – ICU a alguns doentes. Esta unidade não detém um protocolo de sedação e analgesia encontrando-se o mesmo a ser trabalhado no momento. Tem implementada a escala de agitação – sedação de Richmond (RASS) na avaliação da sedação e a escala BPS para avaliação da dor.

Tive oportunidade de assistir a uma ação de formação em serviço sobre “ O *delirium* na UCI” cuja autora e preletora foi a Enfª Carla Teixeira. Verifiquei que a adesão a esta formação foi multidisciplinar encontrando-se médicos e enfermeiros em igual número. Estavam presentes também o Diretor do serviço e a Enfermeira Chefe. Este aspeto reforçou a importância da multidisciplinaridade na abordagem ao doente com *delirium*.

Na sessão foram abordados aspetos relativos ao enquadramento conceptual do *delirium* e alguns dados estatísticos da unidade após implementação do CAM-ICU, referentes ao ano de 2011.

Durante uma discussão sobre estratégias para a implementação da escala, foi feita referência a alguns constrangimentos durante a fase inicial de aplicação do CAM-ICU:

- Resistência inicial por parte da equipa de enfermagem por se tratar de “ mais” uma atividade, a acrescentar à já pesada carga de trabalho dos enfermeiros;
- Ideias pré-concebidas acerca da complexidade da aplicação do CAM – ICU;

Estas dificuldades estão descritas igualmente a nível da bibliografia consultada e foram colmatadas após a fase inicial, com formação que incluiu ambas as equipas, de enfermagem e médica.

Como pontos facilitadores na implementação foram referidos:

- A motivação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de novos conhecimentos.
- O envolvimento multidisciplinar na melhoria dos cuidados prestados aos doentes com *delirium*.

Resultados Obtidos: este período de ensino clínico permitiu-me contactar com uma realidade diferente daquela com que diariamente contacto na UCINC, com todas as vantagens que se podem retirar desta oportunidade, nomeadamente em termos de aprendizagens e trocas de experiências relativamente a aspetos que podem dificultar ou facilitar a implementação do CAM-ICU e também na aquisição de competências na aplicação do instrumento de avaliação do *delirium*, experiências estas importantes a considerar na fase de implementação deste instrumento na UCINC.

Formação da equipa de Enfermagem

Durante a fase de diagnóstico da situação constatei interesse e atenção, por parte da equipa de enfermagem, ao abordar o *delirium*. À medida que falava informalmente do tema, foi sentida pelo grupo a necessidade de formação, após ter reconhecido a existência de desconhecimento quanto ao conceito de *delirium*, fatores de risco, medidas preventivas, instrumentos de avaliação do *delirium* e intervenções de enfermagem utilizadas na abordagem do doente com *delirium*. A avaliação documental de processos de doentes, com o objetivo de perceber as ações de enfermagem realizadas e registadas referentes ao cuidado do doente “confuso” e família veio reforçar essa necessidade.

As primeiras abordagens à equipa de enfermagem sobre a temática do projeto decorreram na sala de enfermagem, no período anterior à passagem do turno da

manhã para a tarde, com um tempo de duração de 20 minutos. Para além de apresentar de forma sucinta o projeto de estágio, utilizei excertos de artigos relevantes, com o objetivo de sensibilizar a equipa para o tema: “o doente idoso com *delirium* na UCI e sua família” e diferenciar conceitos como confusão, delirium, delírio, demência e depressão. Os artigos utilizados foram enviados, através do endereço electrónico da “Formação em Serviço” a todos os enfermeiros da unidade.

Resultados Obtidos: Estas sessões de cariz espontâneo e informal estimularam a intervenção do grupo e levaram à exposição e esclarecimento de algumas questões relativas à diferenciação dos conceitos abordados. A chamada de atenção relativamente à elevada prevalência do *delirium* na UCI em geral, como enunciada na literatura e aos seus efeitos adversos, ajudaram na tomada de consciência da necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à temática, levando à programação de sessões formativas de carácter mais formal e abrangente.

4.1.2 – Sessões formativas

De acordo com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem durante a primeira abordagem da temática, foi elaborado, em conjunto com a enfermeira chefe, um plano de formação sobre o *delirium* mais aprofundado, o qual foi integrado no Plano de Formação da UCINC para 2013 (anexo 2). Foram realizadas quatro sessões formativas (apêndice 1), entre Janeiro e Fevereiro, com duração de 60 minutos que decorreram na sala de reuniões das Neurociências e abrangeram 56% dos enfermeiros em funções no serviço, o que corresponde a uma elevada adesão. De acordo com a literatura consultada, a formação de médicos e enfermeiros é considerada uma estratégia essencial para a melhoria dos resultados de intervenções no âmbito da prevenção, identificação e tratamento do *delirium* (Sendelbach & Guthrie, 2009; Tabet & Howard, 2009). Estas sessões revelaram-se momentos ricos pela dinâmica de grupo com debate, identificação de casos e reflexão no sentido em que “ a prática dos cuidados de enfermagem deve basear-se

numa prática refletida, a fim de que as experiências que daí possam advir sejam formadoras” (Moniz, 2003).

Durante as sessões formativas (apêndice 2), concedi especial destaque a determinados aspetos e temas pela sua relevância para a prática de enfermagem aos doentes da UCINC, de acordo com a literatura e boas práticas que passo a enunciar:

1. A prevenção do *delirium* baseada nos fatores de risco.
2. A atuação perante o doente idoso com *delirium*:
 - Comunicação e orientação;
 - Gestão do ambiente;
 - Segurança;
 - Família.

No que diz respeito à prevenção, estudos sugerem ser a estratégia mais eficaz na diminuição da incidência do *delirium* (Wass, Webster & Nair, 2008; Sendelbach & Guthrie, 2009, NICE, 2010). Assim, foi dada ênfase ao reconhecimento e actuação sobre os factores de risco, bem como à implementação de medidas com eficácia comprovada pela evidência, na prevenção do *delirium* descritas no ponto 2.2 do enquadramento teórico.

Integradas no plano de prevenção do *delirium*, foram tomadas medidas na UCINC no âmbito da gestão do ambiente, promoção do sono e controle de medicação indutora de delirium que foram divulgadas durante as sessões de formação à equipa e que passo a especificar.

1. Foram colocados relógios em todas as salas da unidade, em locais estratégicos de modo a serem de fácil acesso visual por parte dos doentes.
2. Foram adquiridos novos candeeiros de forma a ser possível utilizar a luz de presença em detrimento da luz do teto, durante a noite, no sentido de incentivar a não interrupção do sono e prevenir alterações da percepção por parte dos doentes.

3. Foi revista, pelo coordenador do serviço, a medicação potencialmente indutora de delirium que constava das listagens do perfil online de pedidos à farmácia para reposição do stock do serviço, tendo sido descontinuados o lorazepam e bromazepam. Foram introduzidos novos medicamentos (antipsicóticos atípicos) como: a quetiapina e a olanzepina.

Relativamente à atuação perante o doente idoso com *delirium*, esta baseia-se essencialmente em intervenções não farmacológicas, autónomas de enfermagem que incidem sobre a comunicação e orientação do doente, a gestão do ambiente, segurança e família (NICE, 2010).

Os enfermeiros precisam de considerar o modo como comunicam com os doentes. Nomeadamente, ter em conta a avaliação de défices sensoriais (Fan et al., 2012). Foi debatida a importância da forma como interagimos com o doente com *delirium*. Tendo por base Balas *et al* (2012) e guidelines como a NICE (2010), foi reforçada a necessidade de:

- Identificar-se em cada contato e explicar os procedimentos de forma concreta.
- Utilizar frases curtas e simples, falando calma e pausadamente.
- Repetir as questões se necessário e permitir tempo de resposta.
- Ouvir o doente e observar o seu comportamento.
- Manter o contato direto com o olhar do doente.
- Tranquilizar o doente.

Foi dada relevância às técnicas de Orientação para a realidade e Validação da realidade (Sendelbach & Guthrie, 2009), no sentido de estimular a sua aplicação e registo, de acordo com a indicação de utilização de cada uma. A equipa reconheceu que por vezes aplica estas técnicas na prática diária, sem no entanto conhecer a sua denominação própria ou proceder ao registo da sua aplicação nas notas de evolução de enfermagem.

Segundo Fan et al. (2012), os enfermeiros necessitam tornar-se mais proativos na gestão do ambiente para benefício dos doentes. O ambiente do doente deve ser calmo, os níveis de ruído diminuídos e a iluminação bem gerida, nomeadamente, diminuindo a intensidade da luz à noite e utilizando luz de presença. O controle de questões de âmbito ambiental são importantes no que diz respeito à promoção do

sono tendo em conta o seu papel na prevenção/tratamento do *delirium* (NICE, 2010), pelo que foi promovida a utilização de medidas não farmacológicas para fomentar a qualidade do sono como: a massagem de relaxamento no dorso, a utilização de música instrumental, oferecer leite quente e organizar os cuidados a prestar ao doente de modo a não interromper o sono (Schofield, 2002).

Relativamente à segurança, a utilização da restrição física foi objeto de debate pela sua controversia, dando ênfase à sua contra-indicação (Inouye, 2006) e estimulando ao seu uso criterioso e como último recurso (DGS, 2011). Dadas as características do doente neurocrítico que apresenta frequentemente *delirium* misto, e tendo em conta a manutenção da sua segurança e de dispositivos médicos importantes como tubos endotraqueais, ficou determinada a avaliação pelo enfermeiro de cada situação em particular, propondo-se a reavaliação frequente do doente com restrição física, de modo a prevenir complicações e a manter a sua utilização durante o menor tempo possível. Sem esquecer de explicar a razão de tal procedimento ao doente e família (DGS, 2011).

Foi sublinhada a importância do envolvimento da família (NICE, 2010), não só no contributo para o conhecimento do doente idoso por parte da equipa, mas também no seu apoio e reorientação. Num doente fragilizado, com alteração frequente a nível da comunicação ou com um discurso incoerente, impossibilitando conhecer a sua história de vida, é condição fundamental aproveitar o horário alargado de visita e ouvir a família, diminuir a sua ansiedade e orienta-la no sentido de também ela poder atuar em benefício do seu doente, segundo as suas possibilidades e capacidade.

Resultados Obtidos – Estes momentos de aprofundamento de conhecimentos e reflexão sobre as práticas de cuidados, são uma mais valia pois contribuem para o desenvolvimento e crescimento dos profissionais de acordo com o “estado da arte”, conduzindo à adopção de melhores e mais ajustadas práticas às necessidades da pessoa idosa com *delirium* ou em risco de o desenvolver. Por outro lado, levou à exposição pelo grupo das dificuldades encontradas no cuidado diário a estes doentes, permitindo que em conjunto pudessem ser discutidas e encontradas as

soluções de melhoria mais adequadas a cada situação com a participação de todos. As intervenções dos vários elementos da equipa foram demonstrativas do interesse pela melhoria das práticas, com início no reconhecimento precoce dos doentes com *delirium*. No final da sessão foi realizada a avaliação da mesma por cada participante, utilizando um impresso próprio (anexo 4), o que permitiu concluir que 93% dos participantes concordaram totalmente com a utilidade da formação para a sua atividade profissional e 70% concordaram totalmente que favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos.

4.2 – Segunda fase – Formação do Grupo de Trabalho Multidisciplinar

Capacitar, torna a pessoa habilitada a desenvolver uma função com qualidade, para além de assegurar competências teórico práticas que lhe permitem atingir esse nível de qualidade. Num projeto que visa capacitar para a mudança da prática, é fundamental envolver a equipa alvo.

Os enfermeiros necessitam de assumir um papel activo no seu desenvolvimento com participação dinâmica nas mudanças a introduzir. Esta abordagem encoraja o sentimento de pertença ao projeto e conduzirá provavelmente a atitudes mais positivas face à mudança. Assegurará ainda, que sejam tomados em consideração barreiras, fatores facilitadores e práticas na mudança de comportamento (Craig & Smyth, 2004).

Na implementação de um instrumento de avaliação do *delirium*, Riekerk *et al.*, (2009), defendem a constituição de um grupo de trabalho que incluía médicos e enfermeiros para garantir o sucesso da implementação e melhorar a comunicação entre as equipas profissionais.

Uma das atividades propostas no projeto para atingir o objetivo de capacitar a equipa para a identificação e avaliação do *delirium*, foi a elaboração de um procedimento setorial (apêndice 3). No decorrer de uma conversa informal com um dos médicos da unidade, em que falávamos do projeto e a sua temática, este propôs o desafio de ir mais longe e elaborarmos procedimentos que abrangessem a analgesia e sedação para além do *delirium* propondo-se a colaborar. Falamos com a

Enf^a. Chefe do serviço que aprovou a ideia de imediato. Ficou deliberado no momento, a criação de um grupo de trabalho, do qual faria parte a Enf^a. Chefe, um médico, eu própria e mais nove enfermeiros pertencente às várias equipas de enfermagem da UCINC, com o objetivo de, posteriormente à fase de elaboração do procedimento, constituírem elementos de referência no processo de divulgação e implementação dos procedimentos e instrumentos de avaliação.

A seleção dos enfermeiros teve por base os trabalhos já desenvolvidos nestas áreas por alguns dos elementos, o interesse e o entusiasmo de outros em se juntar ao grupo dada a temática abordada.

Num trabalho em grupo, abrem-se perspectivas, confrontam-se ideias e saberes diversificados de cada um, na medida em que cada indivíduo transporta consigo um mundo de experiências que irá enriquecer o projeto.

A primeira reunião do grupo de trabalho analgesia – sedação – *delirium* ocorreu no início de Janeiro de 2013. Nessa altura foi dividido o grupo em três subgrupos tendo por objetivo que cada um procedesse à revisão da literatura sobre a analgesia, a sedação e o *delirium*, de modo a elaborar um procedimento setorial visando a avaliação da dor, da sedação e do *delirium* no doente da UCINC. Deste modo, poderiam ser adequadas e uniformizadas as intervenções, não só no âmbito do diagnóstico, mas também no tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como no que diz respeito à prevenção. Nesta primeira reunião foram também nomeados os responsáveis por cada subgrupo. Fiquei responsável pelo grupo que aborda o *delirium* que é integrado por mais três enfermeiras pertencentes a equipas diferentes. Este subgrupo reuniu por diversas vezes dedicando-se à elaboração do procedimento setorial “**Prevenção, diagnóstico e tratamento do *delirium***” (anexo 5) no doente e família na UCINC. Teve por base as boas práticas, guidelines de referência e protocolos de atuação que reflectiam a melhor evidência.

A segunda reunião do grupo de trabalho global decorreu no final de Janeiro. Os três subgrupos apresentaram o que já tinham elaborado relativamente aos procedimentos e propuseram instrumentos fidedignos de avaliação da dor, sedação e *delirium*. Foram aprovadas a escala de agitação – sedação de Richmond para a avaliação da sedação e o CAM – ICU para a avaliação do *delirium*. A dor continua a

ser avaliada com a BPS (Behavioral Pain Scale). Ficou acordada a apresentação do procedimento relativo a cada um dos itens para a reunião seguinte, com o objetivo de, posteriormente, conjugar os três temas num protocolo único. Coube ao médico trabalhar a parte do tratamento farmacológico referente à dor, sedação e *delirium*.

Resultados obtidos:

Terminado o procedimento, este foi revisto pela Enfermeira Chefe e pelo Coordenador da UCINC, tendo sido aprovado. Foi igualmente aprovado pela Direção da Área de Urgência Geral e Cuidados Intensivos, após o que seguiu para o Departamento da Qualidade para ser numerado e divulgado. Deste modo, para além do envolvimento da equipa multidisciplinar na criação de um documento orientador do desempenho de enfermeiros e médicos relativamente à prevenção, identificação precoce e cuidado do doente com *delirium*, foi também envolvida a hierarquia do serviço e do Centro Hospitalar numa causa única: a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

4.3 – Terceira Fase – Divulgação do procedimento e implementação do CAM – ICU

A apresentação do procedimento setorial foi realizada pelas colegas do grupo de trabalho com a minha supervisão. Decorreu durante as reuniões que precedem a passagem de turno e envolveu todas as equipas. Foi entregue um exemplar a cada chefe de equipa e enviado o Procedimento para cada enfermeiro através do site da Formação.

O grupo encenou a aplicação do CAM-ICU no local, de modo a demonstrar a simplicidade e rapidez de utilização do instrumento de avaliação do *delirium*. Antes da demonstração, foi entregue a cada enfermeiro um cartão de bolso plastificado com a RASS impressa de um lado e o CAM-ICU do outro, para que pudessem seguir a apresentação passo a passo. Foi igualmente apresentado o dossier que contem as figuras para avaliação do teste de atenção visual.

Ficou determinado que o local de registo da avaliação do *delirium* seria na folha de registos de enfermagem, na continuidade dos parâmetros vitais. A avaliação efetua-se uma vez por turno e sempre que necessário devido à flutuação que caracteriza o *delirium*.

Na fase de implementação, cada elemento do grupo de trabalho interveio como dinamizador na sua equipa, enquanto manteve o papel de elemento de referência e de apoio ao grupo.

Resultados obtidos: a implementação do Procedimento e do CAM-ICU como instrumento de avaliação do *delirium*, veio proporcionar a identificação precoce e a aplicação de intervenções específicas de cuidado aos doentes com delirium em termos de tratamento não farmacológico e farmacológico com o objetivo de diminuir os tempos de duração dos episódios e os seus efeitos adversos. No que diz respeito à prevenção, é notória a preocupação com o conhecimento do doente e os seus fatores de risco, bem como a adopção de atitudes relativas à diminuição do ruído e à adequação da luminosidade que se notam principalmente à noite, de modo a não perturbar o sono dos doentes. Esta mudança de atitude é verbalizada tanto pelos médicos como pelos enfermeiros. Relativamente à utilização de técnicas de orientação, verifico que são integradas na avaliação de início do turno dos doentes e começam a ser registadas como cuidado de enfermagem na folha de registos de evolução. Também o uso da restrição física é mais ponderado e é reavaliada a necessidade da sua manutenção, dando oportunidade ao doente para demonstrar que o seu uso indiscriminado contribui para agravar as situações.

Pude notar a integração do termo “*delirium*” no vocabulário dos enfermeiros e também dos médicos o que promove a comunicação e a atuação interdisciplinar.

A atitude terapêutica da equipa médica perante o doente com *delirium* também mudou contribuindo para tal a chamada de atenção por parte da equipa de enfermagem. Atualmente verifica-se uma diminuição marcada no recurso a benzodiazepinas utilizadas anteriormente com frequência nos doentes agitados e como indutores do sono em doentes idosos, tendo sido substituídos por haloperidol em doses baixas e quetiapina com melhoria no controle sintomático dos episódios de *delirium* e consequente melhoria do bem-estar dos doentes e família.

5 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A competência é definida pela OE (2009,p.11), de acordo com vários autores, como “o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta”. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10), considera Enfermeiro Especialista “ o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Neste sentido, considero que desenvolvi as competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para os Enfermeiros Especialistas (2010), nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens.

Relativamente à responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvo uma prática profissional e ética, e promovo na equipa de enfermagem onde estou inserida, um exercício profissional de acordo com o domínio ético – deontológico. Desempenho um papel de consultora para os cuidados que requerem níveis de competência de acordo com a minha área de especialidade nomeadamente, no que diz respeito ao cuidado do doente idoso e família. Especificamente, promovo cuidados que respeitem os direitos humanos e a autonomia do doente idoso com *delirium*, através da gestão, na equipa, de práticas que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente.

No domínio da gestão da qualidade, todo o projeto desenvolvido teve como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados. Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, identifiquei como área de melhoria os cuidados prestados ao doente idoso com *delirium* e família na UCINC. Agreguei conhecimentos e diretivas com base na melhor evidência e nas boas práticas, os quais serviram como fundamento para a elaboração do procedimento setorial a ser utilizado como guia de orientação e uniformização das práticas relativas à

prevenção, identificação e estratégias de cuidado ao doente com delirium que incluiu a utilização sistemática do CAM-ICU na avaliação do *delirium*.

No domínio da Gestão de cuidados, considero que geri a prestação de cuidados ao doente idoso, tanto na área da prevenção, da identificação como no tratamento do *delirium*, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa médica e sempre que possível, adequando os recursos às necessidades de cuidados destes doentes. Por outro lado, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição essencial para a efetividade terapêutica e para a prevenção de efeitos adversos no doente, como por exemplo o efeito que a privação do sono ou a hiper estimulação sensorial pode desencadear no doente idoso na UCI, promovi a envolvência adequada ao bem-estar do doente, tendo em conta as suas necessidades e a prevenção de complicações, envolvendo também a família.

Relativamente ao desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, considero que investi na auto-formação, adquirindo conhecimentos científicos, técnicos e relacionais que me permitiram diagnosticar necessidades formativas na equipa de enfermagem no âmbito dos cuidados a prestar ao doente idoso com *delirium* e família e atuar como formadora em contexto de trabalho, através de momentos formativos formais e informais, no sentido de colmatar estas necessidades e desenvolver uma prática de cuidados diferenciados e de qualidade ao doente e família neste contexto.

Tendo como referência o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem descrito por Benner (2001), considero que o nível de conhecimentos adquiridos durante a realização do curso de Mestrado nesta área de Especialização, bem como o desenvolvimento deste projeto, me permitem desenvolver uma prática de cuidados diferenciados e de qualidade à pessoa idosa e família, através da identificação precoce e de uma resposta mais eficaz e eficiente relativamente à satisfação das suas necessidades. Deste modo, entendo que a experiência da continuidade da aplicação destes e de novos conhecimentos, me possibilitará passar do nível de Proficiente a Perita ou seja, a enfermeira que Benner descreve como aquela que detém experiência, age a partir de uma compreensão profunda da situação global e apreende diretamente o problema. Mostra um nível

elevado de adaptabilidade e competências, é reconhecida pelas suas opiniões clínicas e gere situações de cuidados complexas.

6 – LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Considerando a complexidade que envolve qualquer processo de mudança das práticas, o contexto específico de prática clínica que caracteriza a UCI, a extensa equipa alvo que mobilizou médicos e enfermeiros, entendo o fator tempo como limitação principal ao desenvolvimento deste projeto.

O facto do instrumento de avaliação de *delirium* escolhido neste projeto (CAM-ICU), não se encontrar validado para a população portuguesa, não foi tido como limitação para a sua implementação, dado que esta escala se encontrava traduzida para Português com o conhecimento e aceitação do autor. A acrescentar, a publicação recente da tradução e validação para Português da escala CAM (Sampaio & Sequeira, 2013) que se baseia nos mesmos critérios para o diagnóstico do *delirium*. Como perspetiva para um futuro próximo, propus ao grupo de trabalho a validação do CAM-ICU para português.

A avaliação do *delirium* utilizando um instrumento de confiança é um componente chave do cuidado ao doente idoso na UCI. No entanto, é necessária mais investigação para conhecer os ganhos efetivos nos doentes da UCI com a implementação do instrumento de avaliação.

Relativamente às intervenções não farmacológicas, continua a haver um vazio no que diz respeito a estudos controlados randomizados na avaliação de resultados da sua aplicação, especialmente em unidades de cuidados intensivos, pelo que é necessário investir na investigação nesta área, o que representa um desafio e em simultâneo uma oportunidade para o investimento no campo da investigação em enfermagem.

7 – CONCLUSÃO

O *delirium* é uma perturbação com consequências adversas para o doente idoso durante o internamento na UCI, com repercussões, nomeadamente no que diz respeito, a défices cognitivos e funcionais persistentes, bem como aumento de taxas de mortalidade. Apesar destas consequências, esta síndrome é sub diagnosticada e a sua gestão muitas vezes desvalorizada pelos enfermeiros e médicos.

O reconhecimento precoce do doente em risco de desenvolver *delirium* e a identificação do doente com *delirium*, através da utilização de um instrumento de avaliação validado e de confiança, permitem a aplicação de intervenções multicomponentes e multidisciplinares adequadas a cada doente, que vão atuar na prevenção e tratamento do *delirium* de forma a diminuir a sua incidência, intensidade e duração.

Com este relatório pretendi dar visibilidade ao caminho percorrido durante o estágio na UCINC que teve como objetivos capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do doente idoso com *delirium*, através da implementação do CAM-ICU e habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção e atuação no doente com *delirium* e família. Estes objetivos foram estabelecidos com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa com delirium ou em risco de o desenvolver. Considero ter atingido os objetivos a que me propus. No entanto, para uma avaliação mais objetiva de resultados, seria necessário proceder a nova análise documental (processos clínicos) para reavaliação da ação de enfermagem, o que ultrapassa o tempo determinado para este estágio, mas que me proponho a realizar após o tempo necessário para a consolidação das novas práticas introduzidas.

Apesar dos objetivos a que me propus terem como alvo a equipa de enfermagem, eles acabaram por se estender também à equipa médica que respondeu de uma forma positiva às atividades desenvolvidas, nomeadamente através da sua participação na realização do Procedimento Setorial e revisão do perfil de medicação da UCINC. Estas iniciativas de âmbito multidisciplinar estão descritas na literatura como fundamentais para a melhoria dos resultados obtidos na abordagem ao *delirium*. O Procedimento Setorial, “Prevenção, diagnóstico e tratamento do *delirium*”, foi o primeiro a ser realizado na UCINC em co-autoria, a ser

aplicado por médicos e enfermeiros e a ser avaliado pelo departamento da Qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM – IV – TR, 4ª Edição. Lisboa – Climepsi Editores.
- Ba, C. S., (2006) Mismanagement of delirium places patients at risk. *Australian Journal of Advanced Nursing*. nº3 vol 23
- Balas, M.C., Rice. M., Chaperon, C., *et al.* (2012). Management of delirium in critically ill older adults. *Critical Care Nurse*, vol 32, 41. Acedido em Fevereiro de 2013. Disponível em ccn.aacnjournals.org
- Balas, M., Deutschman, C., Marx, E.; *et al* (2007). Delirium in older patients in surgical intensive care units. *Journal of Nursing Scholarship*, 39: 2, 147 – 154
- Barr, J., Fazer. G., Puntillo, K. *et al.* (2013). Clinical practice guidelines for the management of Pain, Agitation and Delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, vol 4, nº 1
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: *A excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (ed. Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora
- Blazer, D.& Nieuwenhuizen, A. (2012). Evidence for the Diagnostic of Delirium. An Update. *Current opinion in Psychiatry*. 2012; 25 (3): 239 – 243.
- Boot, R. (2012). Delirium; A review of the nurse's role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* (2012) 28, 185 – 189
- Burge, D.; Kent, W.; Verdon, J.; *et al* (2010). Nurse practitioners are well placed to lead in the effective management of Delirium. *Australian Journal of Advanced Nursing*. vol.28, nº1, Setemember, 2010.
- Cerejeira, J.,& Mukaetova – Ladinska,E. (2011). A clinical update on Dellirium; from early recognition to effective management. *Nursing Research and Practice*. Vol. 20 II, Article ID 875196, 12 pages.
- Chan, P. (2011). Clarifying the confusion about confusion: Current practices in managing geriatric Delirium. *BC Medical Journal*. Vol.583; nº8, October 2011. www.bcmj.org.
- Cole, M., Ciampi, A., Belzile, E., *et al.* (2008). Persistent Delirium in older hospital patients: A systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*; 38: 19 – 26. Disponível em <http://agening.oxfordjournal.org>. Acedido em 25 Junho, 2012.

- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – versão 1.0, Lisboa Ordem dos Enfermeiros.
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*.
- Lusociência – Edições técnicas e científicas
- Devlin, W., Fong, J., Schumaker, G. *et al.* (2007). Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 35(12):2721-4
- Devlin, J.W., Roberts, R.J., Fong, J.J., Skrobik, Y., Riker, R.R., Hill, N.S., *et al.* (2010). Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: A prospective, controlled pilot study. *Critical Care Medicine*, 38 (2), 419 – 427
- Direcção Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança. DGS. Ministério da Saúde, nº 021/2011.
- Eijk, M. (2011). Delirium in critically ill patients; diagnosis and treatment. Phd Thesis, Utricht University. The Netherlands. ISBN: 978 – 94 – 6108 – 179 – 7
- Ely E, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, (...) Enouye S. (2001a) Evaluation of delirium in the critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM – ICU). *Critical Care Medicine*, 29 (7): 1370 – 9
- Ely E, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon S, Harrell F, Inouye S, Bernard G, Dittus R. (2004). Delirium as a predictor of mortality in the mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal of the American Association*, 291(14): 1753 – 62
- Ely, E.W., Inouye, S.k., Bernard, S.R., Gordon, S., Francis, J., May, L. *et al* (2001b). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive care Unit (CAM – ICU). *J. AMA* 2001: 286: 2703 - 2710.

- Ely, W., Truman, B., Shinitani, A., Thomason, W., Wheeler, P., Gordon, S., *et al.* (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Scale (RASS). *JAMA*, 289:2983-2991
- Fan, Y., Guo, Y., Li, Q., & Zhu, X. (2012). A review: nursing of Intensive Care Unit Delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol 44, N°6
- Farley, A.; & McLafferty, E. (2007). Delirium part one: Clinical features, risk factors and assessment. *Nursing Standard*. 21, 29, 35 – 40.
- Family Caregiving Alliance (2006). Caregiver Assessment: principles, guidelines and strategies for change. Report from a National Consensus Development Conference. (vol. I) San Francisco: Author
- Featherstone, I., Hopton, A., Siddifi, N. (2010). An Intervention to reduce Delirium in care homes. *Nursing Older People*. vol. 22, n°4, May 2010.
- Flaherty, H.; Rudolph, J Shayk *et al* (2007). Delirium is a serious and under-recognized problem: Why assessment of mental status should be the sixth vital sign. *J Am Med Assoc* 2007; 8(5): 273 – 5
- Fong, T., Tulebaev, S., Inouye, S. (2009). Delirium in elderly Adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat. Rev. Neurol.* 2009 April; 5(4): 210- 220.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S.A., *et al.* (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and health subjects. *Am J Respir Crit care med*, 167: 708 – 715
- Girard, T.D., Jackson, J.C., Pandharipande, P., *et al* (2010) delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit. Care Med.* 38: 1513 – 1520
- Guenther, U., Weykarm, J., Andorfer. *et a.*, (2012). Implications of objective vs subjective care patients. *American Journal of Critical Care*. 2012; 21 (1): e12 – e20
- Gunther, M., Morandi, A., Ely, W. (2008). Pathophysiology of Delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinic* 24 (2008), 45 – 65
- Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., *et al* (2008). Nurses Descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 26, n° 1 pp. 21-25.

- Hipp, M., & Ely, E. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. *Neurotherapeutics*, 9: 158 – 175. Doi 10.1007/s13311 – 011 – 0102 – 9
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentação.
- Inouye S, (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 354 (11): 1157 – 65
- Inouye, S., Bogardus, S., Williams, C. (2003). The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions. *Arch Inter Med*/vol 163, April 28 Disponível em <http://archinte.jamanetwork.com/>
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF, (2012). Distribuição de doentes saídos segundo a idade e sexo, Neurocríticos UCI. Ministério da Saúde.
- Jackson, J.C., Gordon, S. M., Hart, R.T., *et al.* (2004). The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychology Rev.*; 22: 115 – 126
- Lee, V. (2005). Confusion: Geriatric self-Learning Module. *Medsurg Nursing*. Vol14, nº1
- Letizia, M., Babler, C., Cockrell, A. (2004). Repeating the call for restraint reduction. *Med Surg Nursing* – February. Vol.13, nº 1
- Luetz A, Heymann A, Radtke F, Chemitir C, Neuhaus U, Nachtigale I, Von Dorsow V, Marz S, Eggers V, Heinz A, Wernick K, Spies C. (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: which score to use? *Critical Care Medicine*, 38 (2): 409 – 18
- Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., *et al.* (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, (4), 622-628
- Marques, P. (2012). *O Doente Idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Lisboa, Lusociência.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M. *et al* (2001). Environmental Risk factors for Delirium in Hospitalized older People. *J. Am Geriatr Soc* 49: 1327 – 1334.

- McNicoll, L., Pisani, M., Ely, W. *et al* (2005). Detection of Delirium in the Intensive care unit: Comparison of confusion assessment method for the intensive care unit with confusion assessment method ratings. *J. Am Geriatr Soc* 53: 495 – 500, 2005.
- Melo, G. (2005). *Apoio ao doente no Domicílio*. In Castro – Caldas e Mendonça. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel 2005.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., *et al* (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52(1), 79 – 90
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Lusociência – edições técnicas e científicas
- Morandi, A., Pandharipande, P., Trabucchi, M., *et al* (2008). Understanding differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive care Med*. Doi 10.1007/s00134-008-1177-6.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2010). Delirium; diagnosis, prevention and management. NICE Clinical Guideline 103.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Conselho de Enfermagem 2003.
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/documents/competenciasEnfCG.pdf>
obtido a 30/06/2012
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2009). Proposta de desenvolvimento profissional. Individualização das especialidades em enfermagem. Cadernos temáticos.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Cadernos temáticos.
- Ouimet S, Kavanagh B, Gottfried S, Skrobik Y. (2007). Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Medicine* 33:66 – 73
- Page, V. (2010). Management of Delirium in Intensive Care Units. Symposium on Critical Care. *British Journal of Hospital Medicine*, vol.71, nº7.
- Pandharipande, P., Shintani, A., Peterson, J., Pun, B., Wilkinson, R., Dittus, S., *et al*. (2006). Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*, 104 (1), 21 – 26




- Peterson, J. F., Pun, B., Dittus, S., Thomason, W., Jackson, C., Shintani, K., Ely, E., (2006), (delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc* 54: 479 – 484
- Pun, B., Ely, W. (2007). The importance of diagnosing and managing ICU *delirium*. *Chest*, 132, (2): 625-636
- Rapp, C.J., Wakefield, B., Menten, M., Tripp-Reimer, T. *et al.* (2000). Acute confusion assessment instruments: Clinical versus research usability. *Applied nursing research*, vol 13, nº 1, 37 – 45. Acedido em Dezembro 2012. Disponível em <http://knowledge.translation.ca/sysrev/articles/project50/rapp>
- Riekerk, B., Pen, E., Hofhuis, J., *et al.* (2009). Limitations and practicalities of CAM – ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 242 – 249. Acedido em Março 2013. Disponível em www.sciencedirect.com
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. Publicação na área disciplinar de Enfermagem. ESSIP Setúbal. nº 15 Março
- Sampaio, H., Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Referência*, 9:125 – 134
- Schweichert, W.D., Pohlman, A.S. *et al.* (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373: 1874 – 1882
- Scholfield, I. (2002). Assessing for delirium. *Nursing Older People*, 14(7), 31-33.
- Sendelbach, S., Guthrie, P. (2009). Acute Confusion/Delirium. Identification, Assessment, Treatment and Prevention. *J Gerontol Nurse*. 35 (11): 11 – 18
- Sessler, N., Gosnell, M., Grapp, M. *et al.* (2002). The Richmond agitation – sedation scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am j Respir Crit Care Med*. 166, 1338 – 1344
- Soja, S., Pandharipande, P., Fleming, S., *et al.* (2008). Implementation, reliability testing and compliance monitoring of the confusion assessment method for the intensive care unit in trauma patients. *Intensive Care Med*, 34:1263-1268
- Sousa, J. (2005). A doença crónica e o desafio da Comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 2005; 21: 533 – 4

- Silva, R., Silva, A.P., Marques, P. (2011). Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (1): 09 telas, Jan- Fev
- Steis, M., & Fick, D. (2012). Delirium Superimposed on Dementia. Accuracy of nurse Documentation. *Journal of Gerontology Nursing*. vol. 38, nº1, 2012
- Stenwall, E., Sandberg, J; Jonhagen, M. (2008). Relatives Experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. *Internacional Journal of older people nursing*. December, 1, 2008
- Tabet, N., & Howard, R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age Ageing*, 38(4): 374 – 379
- Tropea, J., Slee, J., Brand, C., (2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian Journal on Ageing*, Vol27, Nº3: 150-156
- Truman B, & Ely E. (2003). Monitoring delirium in critically ill patients using Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 23 (2): 23 – 36
- Van Eijk, M.M., Kesecioglu, J., Slooter, A. j. (2008). Intensive care delirium monitoring and standardized treatment: A complete survey of Dutch intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24 (4), 218, 221
- Van Rompaev B, Elseviers M, Schuurmans M, Shortridge – Bagget L, Truijen S, Bossaert L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13 (3). Consultado em 12/12/12. Disponível em <http://ccforum.com/content/13/3/R77>
- Wass, S., Webster, P.; Nair, B. (2008). Delirium in the Elderly: A review. *Oman Medical Journal*. Vol.23, nº3, July 2008
- WHO (2012). Interesting facts about ageing. WHO <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>

ANEXOS

Anexo 1

Escala de avaliação do *delirium* CAM – ICU

ESCALA CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)				
Data/Hora				
Não avaliável:				
1. Estado Mental: Alteração súbita do estado mental basal ou Flutuação do mesmo nas últimas 24 horas?				
Não: Sem Delirium				
 Sim:				
2. Falta de Atenção: - "Aperte-me a mão quando eu pronunciar a letra 'A'" - Solete a seguinte sequência de letras: 'S A V E A H A A R T'. Erros: não apertar na letra 'A' ou apertar noutra letra. Usar imagens se o doente não conseguir completar a sequência anterior.				
≤2 Erros: Sem Delirium				
 >2 Erros:				
3. Alteração do estado da consciência: Pontuação RASS actual				
RASS>-3 e <0 ou >0: Com Delirium				
RASS<-3				
Doente inconsciente (a reavaliar)				
 RASS=0:				
4. Pensamento desorganizado: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> a. Uma pedra flutua? c. 1/2 Kg pesa mais que 1 Kg? </div> <div> b. Existem peixes no mar? d. Pode-se usar um martelo para bater um prego </div> </div> <u>Ordem:</u> - "Levante estes dedos (mostre 2 dedos) - "Agora faça o mesmo com a outra mão!" (sem demonstração) ou "junte mais 1 dedo" (se o doente não mobiliza ambos os braços)				
>1 Erro: Com Delirium				
≤1 Erro: Sem Delirium				


Anexo 2

Declaração da Área de Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA DO CÉU FERREIRA** colaborou como formador(a) na Acção de Formação em Serviço **"A Acção de Enfermagem na Díade - Doente Com Delirium e Família, na UCI"**, realizada pelo(a) **UCI - Neurocríticos** no dia **30 de Janeiro de 2013**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2013

 A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHLC EPE
27/02/2013


Manuela Brioso
Técnica Superior

Declaração FS N.º37/2013/LB

DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA DO CÉU FERREIRA** colaborou como formador(a) na Acção de Formação em Serviço **"A Acção de Enfermagem na Díade - Doente Com Delirium e Família, na UCI"**, realizada pelo(a) **UCI - Neurocríticos** no dia **06 de Fevereiro de 2013**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2013

 A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA


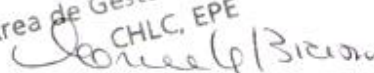
Manuela Brioso
Técnica Superior

Declaração FS N.º38/2013/LB

DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA DO CÉU FERREIRA** colaborou como formador(a) na Acção de Formação em Serviço "A Acção de Enfermagem na Díade - Doente Com Delirium e Família, na UCI", realizada pelo(a) **UCI - Neurocríticos** no dia **18 de Fevereiro de 2013**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2013

 A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHLC, EPE




Manuela Brioso
Técnica Superior

Declaração FS N.º40/2013/LB

DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA DO CÉU FERREIRA** colaborou como formador(a) na Acção de Formação em Serviço **"A Acção de Enfermagem na Díade - Doente Com Delirium e Família, na UCI"**, realizada pelo(a) **UCI - Neurocríticos** no dia **19 de Fevereiro de 2013**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2013

 A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHLC, EPE


Manuela Brioso
Técnica Superior

Declaração FS N.º41/2013/LB

APÊNDICES

Apêndice 1

Formação em serviço – Avaliação da Sessão

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: A Acção de Enfermagem na diáde: doente idoso com delirium e família na UCI.

Finalidade: Melhorar a qualidade dos cuidados a prestar ao doente idoso com delirium e família na UCINC

População Alvo: Equipa de enfermagem da UCINC.

Local: Sala de reuniões de Neurociências

Data: 30/01; 6, 18 e 19/02 de 2013

Hora: 15.00 horas

Duração: 60 minutos

Formadora: Maria do Céu Ferreira

Objectivo Geral: Mobilizar conhecimentos de forma a capacitar a equipa para a prevenção do delirium, identificação e intervenção de enfermagem junto do doente idoso com delirium e família na UCINC

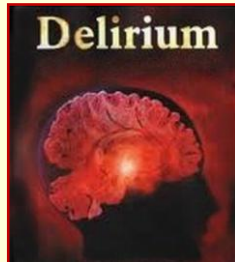
Objectivo Específico: Mobilizar conhecimentos referentes aos pontos a abordar e que constituem o conteúdo programático.

Conteúdo programático	Métodos e técnicas	Recursos didáticos
<p>Delirium:</p> <ul style="list-style-type: none">- Epidemiologia na UCI- Definição (DSM-IV-TR)- Patofisiologia- Fatores de risco<ul style="list-style-type: none">• predisponentes• precipitantes- Prevenção- Avaliação<ul style="list-style-type: none">• escalas:<ul style="list-style-type: none">• RASS• CAM-ICU- Tratamento<ul style="list-style-type: none">• estratégias não farmacológicas:<ul style="list-style-type: none">Intervenções de enfermagem/Collière• tratamento farmacológico	<p>Método expositivo e participativo</p>	<p>Datashow</p>

Apêndice 2

**Ação de Formação “Ação de Enfermagem na díade:
doente idoso com *delirium* na UCI e família”**

A ACÇÃO DE ENFERMAGEM NA DÍADE DOENTE COM DELIRIUM E FAMÍLIA NA UCI



CÉU FERREIRA

30 JANEIRO 2013

O Delirium é uma disfunção orgânica muitas vezes sub-diagnosticada e incompreendida tanto por médicos como por enfermeiros.
(Page et al., 2009)

Confusão é o termo mais utilizado por enfermeiros para descrever alterações cognitivas e comportamentais; em muitas situações é o único termo utilizado. Muitas destas alterações são indicativas de Delirium.
(Hare et al., 2008)

O Delirium está presente na UCI: em 20 a 50 % dos doentes não ventilados em 60 a 80 % dos doentes ventilados. (Morandi & Jackson, 2011)

Os doentes com >65 anos são os mais vulneráveis ao desenvolvimento do Delirium. (Quinlan et al., 2011)

É responsável:

- ↑ tempo de internamento
- ↑ morbilidade e mortalidade
- ↑ declínio funcional e cognitivo
- ↑ institucionalização
- ↑ custos associados

(Ely et al., 2004; Shehabi et al., 2010)

A identificação e intervenção precoces podem limitar estes efeitos do Delirium.
(Jackson et al., 2004)

DELIRIUM:

- Perturbação da consciência (diminuição da percepção do ambiente), com redução da capacidade para focar, manter ou transferir a atenção.
- Alteração na cognição (como défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção.
- Desenvolve-se num curto período de tempo (horas a dias), e tende a flutuar durante o dia.
- A perturbação é causada por alterações fisiológicas, intoxicação/privação de substância, medicamento ou múltiplas etiologias.
- É caracterizado por alterações a nível do ciclo sono/vigília.
- Pode ser reversível desde que se trate a causa de origem.

(APA, 2004)

SUB TIPOS DE DELIRIUM

- Hiperactivo.
- Hipoactivo.
- Misto.

DELIRIUM SUBCLÍNICO (Sub-Syndromal Delirium)

PATOFISIOLOGIA

- Alterações a nível de neurotransmissores cerebrais:
 - ↓ acetilcolina
 - ↑ dopamina
 - ↓ GABA
- Processos inflamatórios e Stress.

(Girard et al., 2008)

FACTORES DE RISCO

Factores Predisponentes:

- Idade > 65 anos.
 - Alterações cognitivas – Demência.
 - Co-morbilidade.
 - Alterações sensoriais.
 - Alcoolismo.
 - Gravidade da doença subjacente.
- (Fong et al., 2009)

Factores precipitantes:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| • Dor | • Imobilidade/Restrição Física |
| • Infecção | • Dispositivos Invasivos |
| • Medicação | • Privação do Sono |
| • Oxigenação e T.A | • Anestesia |
| • Alterações Metabólicas | • Iatrogenia |
| • Alterações Sensoriais | • Ambiente da UCI |

(Page, 2010)

DIMS – R → Drugs; Infection; Metabolic disturbance; Structural Insults; Retention
(Chan, 2011)

DIAGNÓSTICO

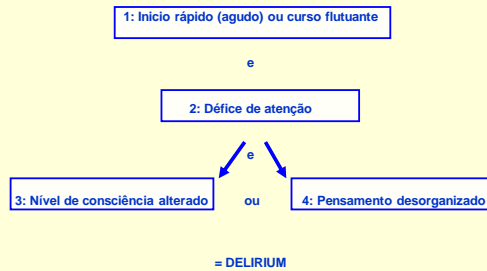
O uso de Instrumentos de Avaliação é uma estratégia importante porque torna mais objectivo um fenómeno de grande subjectividade.
(Silva et al., 2011)

→ CAM – ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)
- Baseado na definição de Delirium segundo o DSM – IV – TR (APA)

- Gold Standard na avaliação do Delirium na UCI
- Utilizado em Doentes ventilados e não ventilados
- Apresenta > sensibilidade e especificidade em comparação com outros instrumentos

2 minutos

CAM – ICU



É positivo para DELIRIUM quando estão presentes os aspectos 1 e 2 e 3 ou 4.

(Adaptado de Ely et al., 2001)

ESCALA DE AGITAÇÃO / SEDACÃO DE RICHMOND

Data/Hora				
Não avaliável:				
Combativo (+4)				
Muito Agitado (+3)				
Agitado (+2)				
Inquieto (+1)				
Desperto e calmo (0)				
Sonolento (-1)				
Levemente sedado (-2)				
Moderadamente sedado (-3)				
Profundamente sedado (-4)				
Não despertável (-5)				

(Sessler, et al. AJRCCM 2002; 266:1338-1344 / Ely, et al. JAMA 2003; 289:2983-2991)

ESCALA CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)

Data/Hora

Não avaliável:

1. Estado Mental:
Alteração súbita do estado mental basal ou flutuação do mesmo nas últimas 24 horas?
Não: Sem Delirium
Sim:

2. Falta de Atenção:
- "Aperte-me a mão quando eu pronunciar a letra 'A'"
- Solte a seguinte sequência de letras: S A V E A H A R T.
Erros: não apertar na letra 'A' ou apertar noutra letra.
Usar imagens se o doente não conseguir completar a sequência anterior.
≤2 Erros: Sem Delirium
≥2 Erros:

3. Alteração do estado da consciência:
Pontuação RASS atual:
RASS ≥ -3 e ≤ 0 ou >0: Com Delirium
RASS < -3
Doente Inconsciente (a reavaliar)
RASS < -4:

4. Pensamento desorganizado:
a. Uma pedra flutua?
c. 12 Kg pesa mais que 1 Kg?
b. Existem peixes no mar?
d. Pode-se usar um martelo para bater um prego
Ordem:
- "Levante estes dedos (mostre 2 dedos)"
- "Agora faça o mesmo com a outra mão" (sem demonstração) ou "junte mais 1 dedo" (se o doente não mobiliza ambas as mãos)
≥1 Erro: Com Delirium
≤1 Erro: Sem Delirium

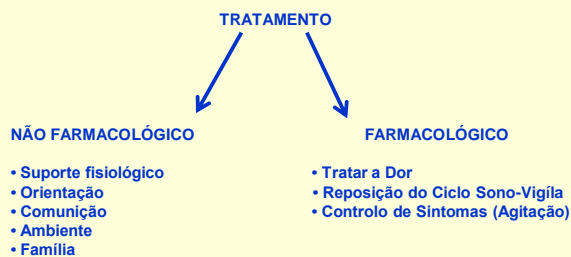
(Ely et al., 2001)

O Delirium é passível de ser prevenido.
Prevenção é a abordagem mais importante.

- Conhecer o doente e suas necessidades.
- Identificar factores de risco modificáveis.
- Orientação para a realidade.
- Controlo da Dor (protocolo de sedação/analgesia).
- Promover Oxigenação adequada.
- Manutenção de uma adequada eliminação vesical e intestinal.
- Iniciar mobilização precoce.
- Prevenir alterações sensoriais.
- Promover Higiene do sono.
- Remover dispositivos médicos.
- Gerir o ambiente.

(Milisen, 2005; Inouye, 2006; NICE, 2010)

Identificar e Tratar a causa subjacente



INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

→ Orientação para a realidade:

O Ambiente físico como suporte para situar o doente "no aqui" e "no agora"

→ Validação da realidade:

O doente vivencia de facto aquela que é a SUA realidade

COMUNICAÇÃO:

- (Sendelbach, 2009; NICE, 2010)

GESTÃO DE COMPORTAMENTO:

- [illegible]

(Sendelbach, 2009; NICE, 2010; Conley, 2011)

AMBIENTE:

- (Sendelbach, 2009; NICE, 2010)

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

FAMÍLIA:

- Informação – Conhecer o doente – Status mental de base – Medicação
- Encorajar a visita da família
- Explicar o Delirium – Suporte familiar
- Estimular a interação com o doente: Orientação, contacto com o olhar, toque
- Trazer fotografias e objectos pessoais
- Ter em conta a Reprodução de Modelos

(Sendelbach, 2009; NICE, 2010)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ANTIPSICÓTICOS:

- Gold Standard: Haloperidol
- Atípicos: Olanzapina, Quetiapina, Risperidona.

INTERVENÇÕES:

- Vigiar efeitos secundários
- Reavaliar desmame / descontinuação logo que se verifique > 24 horas sem delirium



Para poder “ajudar a viver”, facilitar a vida, a utilização de instrumentos e de técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado.

Collière, 1999, p.269


BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, (2004). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. DSM – IV – TR, 4ª Edição. Lisboa – Clínelap Editores.
- Chan, P. (2011). Clarifying the confusion about confusion: current practices in managing geriatric delirium. *BC Medical Journal* Vol. 53; 8, outubro.
- Conley, D. (2011). The gerontological clinical nurse specialist role in prevention and management of delirium in hospitalized older adults. *Urologic Nursing*, vol. 31 nº6
- Hare, M. et al. (2008). Nurses' descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol.26, nº 1.
- Ely, W., Shogat, MD., Inouye, S. (2001). Delirium in the intensive care unit: na under – recognized syndrome of organ dysfunction. *Crit Care med* 22; 115 – 126
- Ely, W., Shintani, A. Et al. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 291: 1753 – 1762.
- Fong, T., Tulebaev, S., Inouye, S., (2009). Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat. Rev. Neurol.* April, 5 (4): 210 – 220
- Grand, T., Pandharipand, P., Ely, W., (2008). Delirium in the intensive care. *Critical care* 12 (suppl. 3)
- Jackson, JC., Gordan, SM., Hart, RP. et al. (2004). The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychol rev.* 14; 87 – 98
- Inouye, S. (2005). Delirium in older persons. *N. Engl. J. Med.* 354; 1157 – 1165.
- NICE. (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). National Institute for Health and clinical excellence. <http://www.nice.org.uk/CG103>
- Page V., Navarrete S., GAMA, S., et al., (2009) Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Critical care* 13(1)
- Page, V. (2010). Management of delirium in intensive care units. Symposium on critical care. *British Journal of Hospital Medicine*, Vol.7, nº7.
- Quinlan, N. et al., (2011). Vulnerability: The crossroad's of frailty and delirium. *Journal of the American geriatrics society*, Nov. 59.
- Sendelbach, S., Guthrie, PT. (2009). Acute confusion/delirium identification, assessment, treatment and prevention. *J Gerontol Nurse*; 25(11): 11 – 18.
- Shehabi, Y., Elker, R., Bokesh, P. et al. (2010). Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care patients. *Crit Care Med* 38: 2311 – 8
- Seasler, CN., Goonell, M., Grupp, M. et al. (2002). The Richmond agitation – sedation scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med*; 166: 1338 – 1344
- Silva, R., Silva, A., Marques, P., (2011). Análise dos registos produzidos pela equipa de saúde da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino – Am. Enfermagem* 19 (1): 09 Jan – Fev

Apêndice 3

Procedimento Setorial

“Prevenção, diagnóstico e tratamento do *delirium*”

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

Definir critérios para a identificação, prevenção e tratamento do delirium, no doente neurocrítico, através da utilização de instrumentos de avaliação recomendados.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO


O presente procedimento sectorial aplica-se a todos os médicos e enfermeiros, que desempenham funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: o Coordenador da Unidade e a Enfermeira Chefe.

3.2 Pela revisão do procedimento: Os profissionais que elaboraram o procedimento ou outros, designados pelo Coordenador da Unidade e pela Enfermeira Chefe.

ELABORAÇÃO	
Enf. Catarina Santos	_____
Enf. Cêu Ferreira	_____
Enf. Inês Vieira	_____
Enf. Joana Flor	_____
Dr. João João Mendes	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

4. DEFINIÇÕES

Delirium – É uma perturbação da consciência com redução da capacidade para focar, manter ou transferir a atenção. Manifesta-se por alteração da cognição e da perceção, através do défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem, alucinação e ilusão que não são devidos a uma demência.

Desenvolve-se num curto período de tempo, tende a flutuar durante o dia e revela um agravamento nocturno. É caracterizado por alteração do ciclo sono e vigília.

Podendo ter múltiplas etiologias, o delirium é provocado por alterações fisiológicas, resultantes de várias patologias, tais como as do SNC ou, por intoxicação e privação de substâncias.

Existem 3 subtipos de delirium: Hiperactivo, Hipoactivo ou Misto.

Delirium Hiperactivo: agitação psicomotora, alterações de humor, alucinações, desorientação e comportamento agressivo/combativo.

Delirium Hipoactivo: diminuição da actividade psicomotora, letargia, apatia, discurso e movimentos lentificados.

Delirium Misto: alterna os sintomas de ambos os subtipos referidos anteriormente.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS


ASE – Attention Screening Examination

CAM – ICU - Confusion Assessment Method for the ICU

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale


SNC – Sistema Nervoso Central

UCI NC – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

6. REFERÊNCIAS

- American Psiquiatric Association (2002). *DSM – IV – TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barr, J., Fazer, G., Puntillo, K., et al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care med* 4, 263 -306.
- Brenda T. Pun (2007). The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chestjournal*, 624-636.
- DOI: 10.2378/chest.06-1795
- Conley, D. (2011). The gerontological clinical nurse specialist role in prevention and management of delirium in hospitalized older adults. *Urologic Nursing*, 31(6). 337-342.
- Ely, W., Siegel, MD., Inouyes, S. (2001). Delirium in the intensive care unit: an under recognized syndrome of organ dysfunction. *Crit Care med* 22, 115 – 126.
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validation of the Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001. DEC 5; 286(21):2703-10.
- Ely EW, Margolin R, Francis J, et al.(2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care medicine* 2001 Jul; 29(7):1370-9.
- Fong, T. Tulebaev, S. Inouye, S., (2009). Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat. Ver. Neurol.* 5 (4), 210 – 220.
- Inouye, S. (2006). Delirium in older persons. *N. Engl. J. Med.* 354, 1157- 1165.
- Milisen, K. et al. (2005). Multicomponent interventions strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 1 vol. 52. 40-46.
- NICE, (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). *National Institute for Health and clinical excellence*. 27(4). Disponível em www.nice.org.uk/CG103

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	


- Pitrowsky, M., Shinotsuka, C., Soares, M. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva *Rev.bras.ter.intensiva*,2010, 22(3), 274-279. Acedido 13-02-2013. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/10.pdf
- Sendelbach, S. Guthrie, PT. (2009). Acute confusion/delirium identification, assessment, treatment and prevention. *J Gerontol Nurse*. 35 (11), 11- 18.
- Sessler, CN. Gosnell, M. Grapp, M. et al. (2002). The Richmond agitation – sedation scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am j Respir Crit Care Med*. 166, 1338 – 1344

7. DESCRIÇÃO

À elevada prevalência de delirium na UCI, está associado o aumento de taxas de mortalidade, morbilidade, tempo de internamento, declínio funcional e cognitivo com custos acrescidos para o doente, família e instituição.


É essencial estabelecer medidas de prevenção, reconhecimento e tratamento precoce, através da implementação de instrumentos de diagnóstico de referência e de intervenções adequadas no sentido de limitar os seus efeitos.

Nos doentes idosos, o delirium é muitas vezes confundido com demência e depressão. Apresentam-se algumas características que contribuem para o diagnóstico diferencial do delirium:

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

Característica			
	Delirium	Demência	Depressão
Início	Agudo	Insidioso	Lento
Curso	Flutuante	Progressivo, sem flutuação	Sem flutuação
Duração	Horas a meses	Meses a anos	Semanas a meses
Consciência	Alterada	Normal, excepto na de Lewy Body	Normal
Atenção	Alterada	Normal, excepto na de Lewy Body	Prejudicada
Orientação	Flutuante	Pobre	Normal
Discurso	Incoerente	Ligeiros erros	Normal ou lenificado
Pensamento	Desorganizado	Empobrecido	Normal
Ilusões/Alucinações	Comuns	Raras	Não habituais
Percepção	Alterada	Alterada normal ou	Normal

Adaptado de: Fong, T. Tulebaev, S. Inouye, S., (2009)

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

7.1 Factores de Risco


O desenvolvimento do delirium depende da interação de múltiplos fatores de risco, entre os quais os predisponentes que são inerentes à pessoa e os precipitantes que são modificáveis e potenciais alvos de atuação na prevenção.

7.1.2 Factores Predisponentes

- Idade superior a 65 anos;
- Alterações cognitivas, demência, depressão, co-morbilidade;
- Alterações sensoriais, por diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Consumo de álcool e tabaco;
- Gravidade da doença subjacente.

7.1.3 Factores Precipitantes


- Patologia primária do SNC;
- Existência de dor;
- Imobilidade e restrição física;
- Infecção e sépsis;
- Presença de dispositivos médicos invasivos;
- Efeito da medicação ou anestesia;
- Privação do sono;
- Presença de hipoxémia, hipotensão ou hipertensão arterial;
- Alterações metabólicas e iónicas;
- Iatrogenia;
- O ambiente da UCI.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

7.1.4 Prevenção

O delirium pode ser prevenido através do conhecimento do doente, das suas necessidades e do seu status mental de base. A prevenção é a medida mais eficaz na abordagem do delirium. A actuação multidisciplinar a nível dos factores de risco, nomeadamente os que podem ser modificáveis, permite antecipar as grandes flutuações do estado mental do doente. As intervenções preconizadas são:

- Promover a orientação para a realidade:
 - Orientação quanto ao espaço, tempo, pessoa e situação;
 - Utilização de relógio e calendário.
- Manter a oxigenação e tensão arterial adequada;
- Identificar e limitar o uso de medicação delirogénica (benzodiazepinas, anticolinérgicos, anti-histamínicos, opioides)
- Controlar a dor;
- Iniciar mobilizações precoces;
- Manter a adequada eliminação vesical e intestinal;
- Prevenir as alterações sensoriais, providenciando o uso de óculos ou aparelhos auditivos;
- Evitar o uso indiscriminado da restrição física;
- Remover precocemente dispositivos médicos desnecessários;
- Evitar mudanças de sala;
- Promover a higiene do sono;
- Fomentar a visita e o envolvimento da família.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

7.2 Avaliação do Delirium

A avaliação do delirium é realizada em duas etapas.


Na primeira etapa, é avaliado o nível de consciência, utilizando a escala de agitação e sedação de Richmond (Anexo 2). Se a RASS for inferior ou igual a -2, não se avalia o delirium, ou seja, não se passa para a segunda etapa.

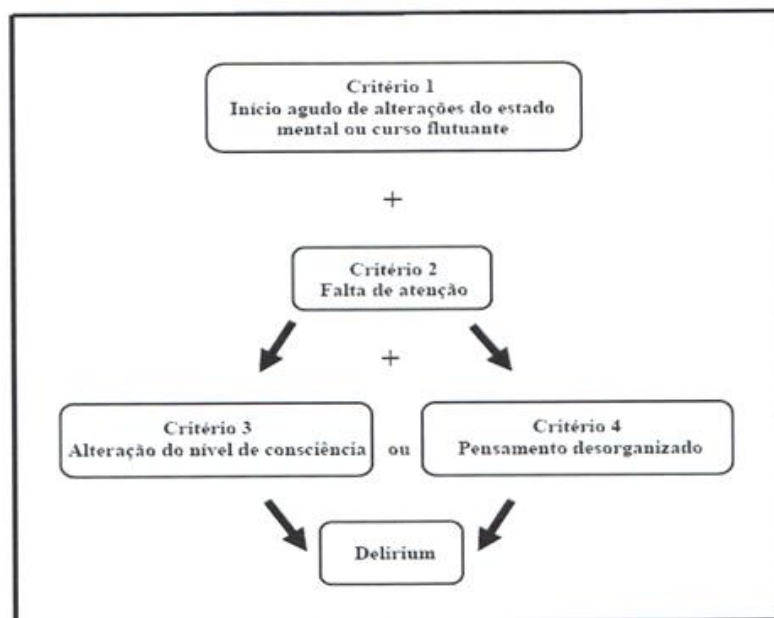
Se RASS for igual ou superior a -1, passa-se à segunda etapa, procedendo-se à avaliação do Delirium através da utilização da escala CAM-ICU (Anexo 3).

Esta avaliação é feita uma vez por turno, e sempre que se mostre necessária.

7.2.1 Critérios de diagnóstico de Delirium

A utilização do CAM – ICU, pressupõe a identificação de critérios como a alteração do estado mental (**Critério 1**), a falta de atenção (**Critério 2**), a alteração do nível de consciência (**Critério 3**) e o pensamento desorganizado (**Critério 4**). No entanto, para o diagnóstico do delirium são necessários apenas três critérios: os critério **1** e **2** que são obrigatórios e, o **3** ou **4**.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	



CAM – ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)
(Ely e tal., 2001)


Critério 1: Início agudo de alteração do estado mental ou curso flutuante do mesmo

É avaliado através da comparação entre o estado mental basal e o actual ou comparando o estado mental actual com as alterações ocorridas durante as últimas 24 horas. Isto é, houve flutuações na avaliação da RASS ou Escala de Comas de Glasgow?

Critério 2: Falta de Atenção

A falta de atenção é avaliada utilizando o Teste de Atenção ASE (Attention Screening Examination) nas suas versões Auditivo (letras) ou Visual (Figuras).

No ASE auditivo dizer ao doente. "Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra A, vai apertar-me a mão." Soletrar as letras SAVEAHAART num tom de voz audível, à velocidade de uma letra por segundo.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

Considera-se falta de atenção quando erra mais do que duas letras.

No ASE visual dizer ao doente: "Vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objetos comuns. Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura."

Mostrar as 5 primeiras figuras durante 3 segundos cada uma, dizendo o nome de cada objeto.

Seguidamente dizer ao doente: "Vou agora mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já viu, outras são novas. Indique as figuras que já viu anteriormente".

Mostrar as 10 figuras (5 novas e 5 repetidas).

Considera-se falta de atenção, quando o doente erra mais de duas figuras.


Na avaliação da atenção deve privilegiar-se o ASE, na versão auditiva. O ASE visual deve apenas ser utilizado quando há diminuição da força em ambos os membros superiores e, eventualmente, se o doente tem história de iliteracia.

Critério 3: Alteração do nível de consciência

Considera-se alteração do nível da consciência sempre que a RASS é diferente de 0, ou seja quando o doente **não está "desperto e calmo"**.

Com um valor da RASS diferente de zero, não se avalia o critério 4 do CAM-ICU, uma vez que já estão reunidos três critérios necessários ao diagnóstico do delirium.

Se o valor da RASS é igual a "0", deve prosseguir-se para a avaliação do critério 4.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

Critério 4: Pensamento desorganizado.

O pensamento desorganizado é avaliado ao colocar quatro questões de resposta SIM ou NÃO ao doente, complementando com um teste de comando:

- Questões


Conjunto A	Conjunto B
1. Uma pedra flutua na água?	1. Uma folha flutua na água?
2. Existem peixes no mar?	2. Existem elefantes no mar?
3. 1/2kg pesa mais que 1kg?	3. Dois quilos pesam mais que 1kg?
4. Pode usar-se um martelo para bater um prego?	4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

Nota: Nas avaliações alternar conjunto A e B

- Teste de comando:

Pedir ao doente para levantar 2 dedos (o examinador demonstra o gesto). Posteriormente pede-se ao doente para repetir o mesmo gesto, mas com a outra mão (sem demonstração). Se o doente só mobilizar um lado, pede-se para juntar mais um dedo e levantar a mesma mão, sem o demonstrar.

Se o doente errar mais do que uma resposta no conjunto questões e ordem, o doente apresenta pensamento desorganizado.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

7.2.2 Critérios de exclusão de avaliação de delirium

São considerados fatores de exclusão de avaliação de delirium:

- O Score de 15, na Escala de Comas de Glasgow com simultânea avaliação da RASS igual a 0 (zero).
- A RASS inferior ou igual a -2.

7.3 Tratamento


No tratamento do delirium é fundamental identificar e tratar as causas subjacentes, bem como controlar a sintomatologia. Esta abordagem não sendo simples, permite ir ao encontro de benefícios indispensáveis ao bem-estar do doente.

7.3.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico deve ser considerado como intervenção de primeira linha devendo incidir sobre os seguintes aspetos:

➤ *Gestão do ambiente:*

- Limitar níveis de ruído na sala;
- Adequar a luminosidade e utilizar luz de presença à noite;
- Ajudar o doente a interpretar corretamente o ambiente;
- Evitar o uso da restrição física (adequar a cada situação e reavaliar);
- Promover a higiene do sono:
 - Oferecer leite ou chá morno;
 - Recorrer à massagem terapêutica;
 - Privilegiar a posição de conforto;
 - Evitar a interrupção do sono;
 - Desencorajar o sono diurno.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

➤ *Comunicação:*

- Manter contacto visual directo;
- Utilizar as técnicas de "reorientação para a realidade" ou de "validação da realidade", de acordo com o subtipo de delirium apresentado;

Considera-se "validação da realidade", entrar na realidade do doente sem a desvalorizar, criticar ou enfatizar


- Falar calma e pausadamente;
- Usar frases curtas e simples;
- Tranquilizar o doente;
- Não utilizar movimentos bruscos ou intimidatórios;
- Comunicação verbal em conformidade com a comunicação não verbal;

➤ *Segurança:*

- Baixar o nível da cama.
- Recorrer à restrição física como último recurso.
- Controlar sintomatologia através do tratamento farmacológico, se necessário.

➤ *Família:*

- Explicar a presença do Delirium e seu significado.
- Ensinar a pessoa significativa a lidar com o doente em delirium;
- Estimular a interacção com o doente, bem como a orientação para a realidade, se este não estiver agitado e agressivo;
- Trazer fotografias ou objectos pessoais significativos para o doente e utilizá-los como ferramentas terapêuticas.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

7.3.2 Tratamento farmacológico


O tratamento farmacológico baseia-se essencialmente no uso de antipsicóticos.

FÁRMACO	HALOPERIDOL	SE O DOENTE MANTIVER DELIRIUM	OLANZAPINA	QUETIAPINA
DOSE	5mg ev ou PO (até 3x/24h)		2,5 - 5 mg PO/dia	25 - 50 mg PO 2x/dia (até 50 mg 2x/dia)
PICO DE ACTUAÇÃO	6 - 8 horas PO ou 10 min ev		5 - 6 horas	1 hora
SEMI-VIDA	24 horas		20 - 70 horas	7 horas
EFEITOS SECUNDÁRIOS	Sonolência; Síndrome Maligno dos Neurolépticos; Prolongamento do QT; Efeitos Extrapiramidais		Sonolência; Tonturas; Obstipação; Tremores; Rigidez muscular ou espasmos; Hiperglicémia	Sonolência; Tonturas; Obstipação

Durante o tratamento com antipsicóticos, deve-se:

- Monitorizar a função cardíaca, pois pode ocorrer um prolongamento da onda QT;
- Despistar sintomatologia extrapiramidal, como a rigidez muscular, a rigidez de roda dentada, a mímica pobre e inexpressiva, os tremores, a discinésia e a distonia aguda;
- Despistar sintomatologia do Síndrome Maligno dos Neurolépticos, como a hipertermia, a taquicardia, a taquipneia, a hipertensão, a sudorese, o mutismo e as convulsões tónico-clónicas generalizadas.

Deve considerar-se o desmame dos antipsicóticos se a escala CAM – ICU for negativa, num período superior a 24 horas.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

8 ANEXOS

Anexo 1

RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

ESCALA DE AGITAÇÃO/SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)*


Pontuação	Avaliação	Descrição	
+4	Combativo	Combativo, violento, constituindo um perigo imediato para o pessoal	
+3	Muito agitado	Puxa e/ou retira tubo(s) ou catéter(s); agressivo	
+2	Agitado	Faz frequentes movimentos não intencionais, "luta" com o ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso mas sem movimentos agressivos vigorosos	
0	Desperto e calmo		
-1	Sonolento	Não totalmente desperto, mas fica acordado de modo permanente (olhos abertos/contacto com olhar) à chamada (>10 segundos)	} Estimulação Verbal
-2	Levemente sedado	Acorda transitoriamente e mantém contacto ocular à chamada (<10 segundos)	
-3	Moderadamente sedado	Movimenta-se ou abre os olhos à chamada (mas sem contacto ocular)	} Estimulação Física
-4	Profundamente sedado	Sem resposta à chamada, movimenta-se ou abre os olhos à estimulação física	
-5	Não despertável	Sem resposta à chamada ou à estimulação física	

Como proceder para aplicar a Escala RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale):

- Observe o doente:
 - O doente está desperto, inquieto ou agitado. (Pontuação: 0 a +4)
- Se o doente não está desperto, chame-o pelo nome e peça-lhe que abra os olhos e que olhe para si:
 - O doente acorda de modo permanente com olhos abertos e contacto com olhar. (Pontuação: -1)
 - O doente acorda, tem olhos abertos e contacto com olhar mas não de modo permanente. (Pontuação: -2)
 - O doente tem algum movimento na resposta à voz mas não tem contacto com olhar. (Pontuação: -3)
- Se não obtém resposta à estimulação verbal, estimule fisicamente o doente abanando-lhe o ombro e/ou fricção a região pré-esternal:
 - O doente tem algum movimento à estimulação física. (Pontuação -4)
 - O doente não responde a qualquer estimulação. (Pontuação -5)

- Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338-44.
- Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289:2983-91.

*RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

Anexo 2

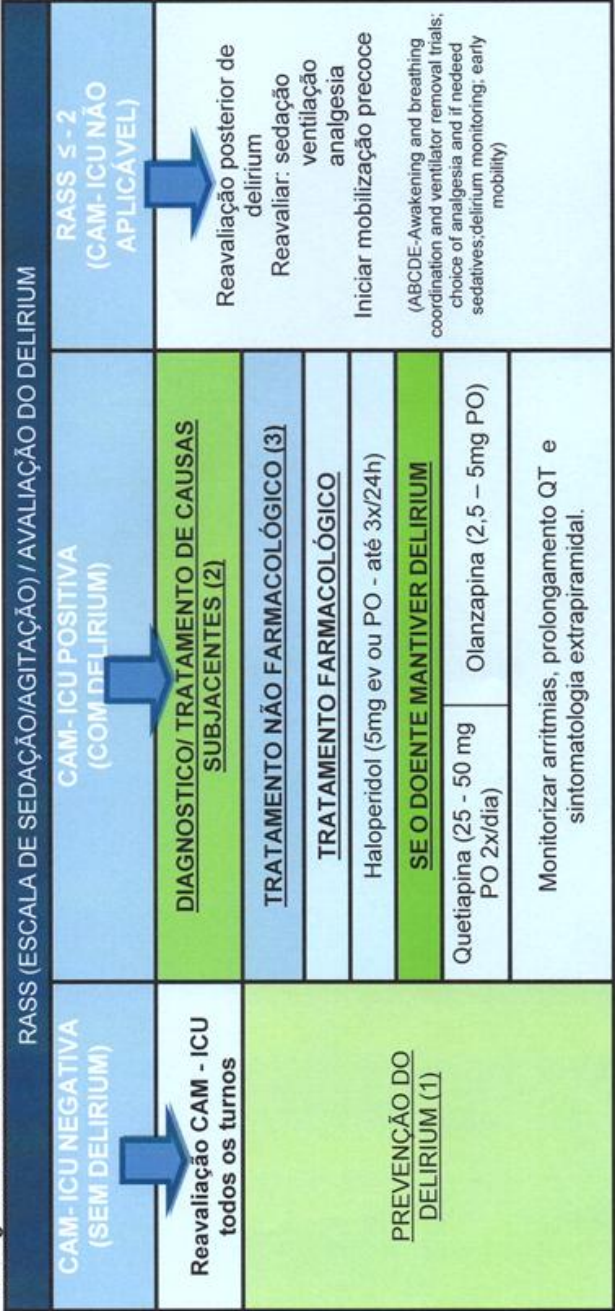
CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)

ESCALA CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) – adaptado ao serviço de UCI NC				
Não avaliável RASS ≤ -2				
1. Estado Mental				
Alteração súbita do estado mental basal ou Flutuação do mesmo nas últimas 24 horas?				
Não: Sem Delirium				
Sim:				
2. Falta de Atenção:				
- "Aperte-me a mão quando eu pronunciar a letra A"				
- Solete a seguinte sequência de letras: 'S A V E A H A A R T'.				
Erros: não apertar na letra 'A' ou apertar noutra letra.				
Usar imagens se o doente não conseguir completar a sequência anterior.				
≤ 2 Erros: Sem Delirium				
≥ 2 Erros:				
3. Alteração do estado da consciência:				
Pontuação RASS actual				
RASS > -2 e < 0 ou > 0 :				
Com Delirium				
RASS $<$ ou $= -1$				
Doente a reavaliar				
RASS = 0:				
4. Pensamento desorganizado:				
a. Uma pedra flutua?				
b. Existem peixes no mar?				
c. $\frac{1}{2}$ Kg pesa mais que 1 Kg?				
d. Pode-se usar um martelo para bater num prego				
<u>Ordem:</u>				
- "Levante estes dedos (mostre 2 dedos)				
- "Agora faça o mesmo com a outra mão!" (sem demonstração)				
ou "junte mais 1 dedo" (se o doente não mobiliza ambos os braços)				
> 1 Erro: Com Delirium				
≤ 1 Erro: Sem Delirium				


	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELÍRIUM	

Anexo 3


Fluxograma do Delirium



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

	Procedimento Sectorial		COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM		
PREVENÇÃO DO DELIRIUM (1)	TRATAMENTO DE CAUSAS SUBJACENTES(2)	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO (3)	
<ul style="list-style-type: none">• Manter a oxigenação e tensão arterial adequada.• Identificar medicação delirógena.• Controlar a dor (Protocolo da UCI NC).• Manter a adequada eliminação vesical e intestinal (Protocolo da UCI NC).• Prevenir alterações sensoriais (providenciar óculos ou aparelhos auditivos).• Iniciar mobilização precoce (após indicação clínica).• Evitar o uso da restrição física.• Promover Higiene do sono através da massagem de relaxamento, promover o posicionamento de conforto, oferecer bebida quente, música apropriada, controlar o ruído à noite, usar apenas a luz de presença, evitar interromper o sono e se necessário recorrer à medicação indutora deste (segundo prescrição).• Evitar sono diurno.• Remoção precoce de dispositivos médicos desnecessários.• Evitar mudanças de sala.• Promover a orientação para a realidade.• Promover a visita da família.• Envolver a família na orientação para a realidade.• Estimular a interacção com o doente.• Trazer fotografias ou objectos pessoais significativos para o doente.	<ul style="list-style-type: none">• Ver factores de risco (no procedimento).	<p>-Gerir o ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Limitar níveis de ruído (pessoal e equipamento).• Adequar luminosidade e utilizar luz de presença à noite.• Orientar para a realidade (espaço, tempo, pessoa e situação).• Em situação de Delirium Hiper-activo (usar a realidade do doente no intuito de diminuir a agitação deste).• Ajudar o doente a interpretar correctamente o ambiente (identificar o equipamento circundante).• Evitar restrição física (adequar a cada situação).• Promover Higiene do sono através da massagem de relaxamento, promover o posicionamento de conforto, oferecer bebida quente, música apropriada, evitar interromper o sono e se necessário recorrer à medicação indutora deste (segundo prescrição). <p>- Comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manter contacto visual directo.• Falar calma e pausadamente.• Usar frases curtas e simples.• Tranquilizar o doente.• Não utilizar movimentos bruscos.• Comunicação verbal em conformidade com a não verbal. <p>-Segurança:</p> <ul style="list-style-type: none">• Baixar o nível da cama.• Recorrer a restrição física como último recurso.	

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DELIRIUM	

		<ul style="list-style-type: none"> • Controlar sintomatologia através do tratamento farmacológico, se necessário. - <u>Família</u>: • Explicar a presença do Delirium e seu significado. • Envolver a família na orientação para a realidade. • Estimular a interacção com o doente. • Trazer fotografias ou objectos pessoais significativos para o doente.
--	--	--

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.